VIII. Jahrgang. **Wien, 14. Jänner 1894.** **Nr. 2.**

„Internationale Klinische Rundschau“ jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen **„Klinische Zeit- und Streitfragen“** jährlich 10—12 Hefte zu 2—3 Bogen. Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn: Ganzj. 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2.50 fl.; für Deutschland: Ganzj. 20 Mark, halbj. 10 Mark; für die übrigen Staaten: Ganzj. 25 Frs., halbj. 12.50 Francs. Man abonnirt mittelst Postanweisung oder Einsendung des Betrages an die **Administration: Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.**

INTERNATIONALE
KLINISCHE RUNDSCHAU.

Bestellungen nehmen alle Postämter und alle Buchhandlungen des In- und Auslandes an. — Debit Alfred Hölder, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Annoncen-Aufnahme: Administration der „Internat. Klinischen Rundschau“ I., Lichtenfelsgasse 9 in Wien. Für die Redaktion bestimmte Sendungen, Zeitschriften etc. sind zu adressiren: **An die Redaktion der „Intern. Klin. Rundschau“ Wien I. Lichtenfelsg. 9.**

Centralblatt für die gesammte praktische Heilkunde, sowie für die Gesammtinteressen des ärztlichen Standes,

unter Mitwirkung der Professoren: Baccelli (Rom), Bassini (Padua), Bernheim (Nancy), Buchanan (Glasgow), Crocq (Brüssel), Fraser (Edinburgh), de Giovanni (Padua), Heryng (Warschau), Huchard (Paris), Ladame (Genf), Leichtenstern (Köln), Morselli (Genua), Murri (Bologna), Oertel (München), Rosenbach (Breslau), Semmola (Neapel), Thiry (Brüssel), redigirt von

Dr. Arthur Schnitzler.

Debit Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Chirurgischer Chock.

Von

Dr. Charles P. Noble,

Chefchirurg des «Kensington Hospital» für Frauen in Philadelphia.*)

Ich beabsichtige in dieser Mittheilung, die Natur des chirurgischen Chocks einer kurzen Betrachtung zu unterziehen und mich hierauf mit dessen Behandlung in allen seinen Einzelheiten zu beschäftigen. Chock stellt einen Zustand des Körpers dar, der durch Schwäche und Beschleunigung der Herzaction, durch seichte und frequente Respirationen, durch Erniedrigung der Körpertemperatur und durch eine herabgesetzte Thätigkeit der meisten Functionen des Organismus charakterisirt ist. Der Intellect, die Verdauung und die Urinausscheidung lassen insgesammt mehr oder weniger nach, und es ist wahrscheinlich, dass auch der Process der Assimilation und der Metabolismus dabei stark beeinträchtigt werden. Die Perspiration ist gewöhnlich ganz erhalten, und der Körper wird mit einem kalten und klebrigen Schweisse bedeckt. Dieser soeben genannte Umstand kommt jedoch nicht auf Rechnung einer vermehrten Function der Schweissdrüsen, sondern vielmehr auf Rechnung einer Hemmung in der Function ihrer Zellen, so dass sie nur als eine Art von Filtrum für den wässerigen Bestandtheil des Blutes, der dieselben passirt, darstellen.

Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, dass die Vitalität des Organismus beim Chock stark herabgesetzt sei, allein es bestehen einige Meinungsverschiedenheiten bezüglich der physiologischen oder pathologischen Momente, die hierbei in Betracht kommen. Es wird allgemein angenommen, dass der Chock die Erscheinung einer Parese des Nervensystems darstellt, und dass dessen Symptome einer verminderten oder unregelmässigen Innervation zuzuschreiben seien. Die Frage, ob das Cerebro-Spinal-System, oder ob das sympathische am meisten dabei betheiligt sei, unterliegt noch der Controverse, und ich beabsichtige jetzt nicht, eine Klärung dieser Frage zu versuchen. Als Thatsache gilt der Umstand, dass ein Trauma, das den Körper in irgend einem seiner Theile trifft, Chock hervorbringen kann. Traumen, welche gewisse Theile des Körpers treffen, sind speciell dazu angethan, Chock hervorzurufen. Diese Theile sind der Testikel und die Urethra beim Manne, das Ovarium (in geringerem Grade) beim Weibe, und die Baucheingeweide. Beispiele von Chock in Folge eines Trauma auf diese Gebilde sind einem jeden Erfahrenen geläufig. Das gewöhnliche Experiment, die Herzaction des Frosches vorübergehend durch einen Schlag auf das Abdomen aufzuhalten, ist ein sehr schlagendes Beispiel für diese Thatsache.

Indem wir die früher genannten strittigen Momente bei Seite lassen, möchte ich gewisse Thatsachen wegen ihrer sehr grossen praktischen Bedeutung für die Therapie des chirurgischen Chock besonders betrachten. Zu den wichtigsten Symptomen des Chock gehören die verminderte Kraft und die grössere Frequenz des Herzstosses. Die Function des Respirationscentrums ist auch stark herabgesetzt. Die oberflächlichen Blutgefässe sind dabei contrahirt, so dass die Oberfläche des Körpers blass und bisweilen sogar kreideweiss erscheint. Die Temperatur des Körpers ist unter der Norm. Diese soeben aufgezählten Thatsachen sind unbestreitbar, und eine Erkenntniss der Existenz dieser Zustände bildet die Grundlage für eine rationelle Therapie. Man muss dem Körper wieder Wärme zuführen; das Herz und die Respirationscentren müssen dazu angeregt werden, ihre Arbeit zu leisten, und die oberflächlichen Blutgefässe müssen dilatirt werden, so dass die Cirkulation wieder hergestellt werden kann, indem man dem Blute, welches

*) Vortrag, gehalten am 7. December 1893. in der «Obstetrical Society» in Philadelphia. Mitgetheilt von Léon Leibowitz.

in den grossen Abdominalvenen zurückgehalten wurde, einen Abflussweg eröffnet. Was nun das Verfahren betrifft, das ich während einiger Jahre befolgt habe, um diese Resultate zu erzielen, so will ich dasselbe jetzt mittheilen.

Die Behandlung des Chock. Der wichtigste Punkt in der Behandlung des Chock ist das Hintanhalten desselben. Viel kann durch ein entsprechendes Vorgehen erreicht werden, und zwar entweder um die Erscheinungen des Chock hintanzuhalten, oder um den Grad desselben zu vermindern. Was die Zeit der Operation betrifft, so soll eine Zeit gewählt werden, zu welcher der Allgemeinzustand der Patienten ein guter ist. Dies ist fast immer möglich. Nur in dringenden Fällen, und nur in denjenigen Fällen, in welchen der Patient an einer Krankheit leidet, die einen beständigen und rapiden Verfall der Kräfte bedingt, wird eine vorbereitende Behandlung dieselben nicht in einen bessern Zustand versetzen. Ein jeder Patient, der einer diesbezüglichen Operation bedarf, muss sorgfältig untersucht, und eine jede therapeutische Indication muss vor der Operation erfüllt werden, und speciell muss den Ausscheidungsorganen eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der Darm, die Haut und die Nieren müssen in normaler Function erhalten werden durch den Gebrauch von Bädern, Abführmitteln (speciell Calomel refracta dosi und salinische Abführmittel) und reichlicher Darreichung von Wasser. Die Psyche des Patienten darf nicht vernachlässigt werden, und es muss so viel wie möglich gethan werden, um den Muth des verzagenden Kranken zu heben, seine Furcht zu verscheuchen, und ihn muthvoll und furchtlos der Operation entgegensehen lassen. Allen diesen Bedingungen muss vor dem Tage der Operation Rechnung getragen werden.

Die Temperatur des Zimmers, in welchem die Operation ausgeführt wird, soll eine Höhe von 75° bis 85° F. erreichen. In einem solchen Zimmer ist der Verlust an Wärme von Seiten des Kranken ein geringerer, als wenn die Operation in einem kalten Zimmer vorgenommen wird Der Wärmeverlust des Kranken kann auch durch die Art der Bekleidung verringert werden. Es ist am besten, wenn der Kranke in wollene Decken gewickelt wird, und dass nur so viel von der Hautoberfläche dem Einflusse der Luft ausgesetzt wird, als es die Operation unbedingt erheischt. Aus demselben Grunde ist auch der Gebrauch von feuchten Tüchern oder feuchter Gaze zu perhorresciren. Die Ausdünstung in den letztgenannten Fällen kühlt den Kranken ab. Viel kann auch durch die geeignete Anwendung der Anästhetica erreicht werden. Es soll nicht zu viel Aether verabreicht werden, und zwar nur so viel, als es unbedingt nothwendig ist, um die Anästhesie aufrecht zu erhalten, wofern nicht irgend eine Indication eine absolute Erschlaffung des Organismus erheischt. Das Hintanhalten von Hämorrhagien und das Vermeiden eines rohen Hantirens mit dem Kranken, speciell was die Abdominalviscera betrifft, sind Dinge von der grössten Bedeutung, um dem Chock vorzubeugen. Der bedächtige Chirurg schenkt einem jeden dieser Details und allen insgesammt die entsprechende Aufmerksamkeit, und Niemand weiss deren Bedeutung so sehr zu schätzen, wie der, welcher fortwährend mit schweren Operationen zu thun hat. Dies betrifft speciell den Laparotomisten weil, in vielen Fällen, wenn er eine Operation beginnt, das Leben der Patienten von ihrer Vollendung abhängt. Er kann nicht einen Theil derselben ausführen und den Rest auf den anderen Tag verschieben. In vielen der langen und langwierigen Operationen, die der Chirurg auszuführen bemüssigt ist, und in denen er mit vielfachen Adhäsionen in den Eingeweiden zu kämpfen hat, hängt sogar selbst das Leben des Patienten von der Aufmerksamkeit ab, die man einer jeden Einzelheit schenkt, um den Chock hintanzuhalten, so dass er Zeit haben kann, die Operation kunstgemäss zu vollenden.

Die active Behandlung des Chock besteht darin, dass man dem Körper die verlorengegangene Wärme zuführt, indem man ferner das Herz zu einer ausgiebigen Action stimulirt, der nervösen Depression entgegenarbeitet, die irregulären Functionen, speciell diejenigen von Seiten des vaso-motorischen Nervensystems beseitigt, bis eine Reaction eintritt und die Vitalität des Kranken durch eine entsprechende Ernährung aufrecht erhalten werden kann. Bei der Beschreibung der Behandlung des Chock werde ich mich einfach darauf beschränken, über mein eigenes Verfahren bei der Behandlung des in Rede stehenden Zustandes zu berichten.

(Fortsetzung folgt.)

Einige Versuche über Hirndruck.

Von

Prof. E. Albert und **Dr. Julius Schnitzler.** *)

(Fortsetzung.)

Unsere unmittelbare Aufgabe war, wie oben gesagt, dahin formulirt, eine solche Versuchsanordnung zu treffen, dass die Verhältnisse analog wären jenen, welche bei der Compressio cerebri durch ein Extravasat aus der Arteria meningea media statthaben, und bei dieser Versuchsanordnung genauer zu prüfen, wie sich die Durchströmung des Blutes durch das Gehirn verhalte.

Der Thatbestand, der durch ein mächtiges Extravasat aus der zerrissenen Arteria meningea gesetzt ist, ist beim Menschen noch nicht bis ins Detail erhoben. Die Anatomen beschreiben die grubige Vertiefung im Gehirn, das Verhalten der Windungen und stellen fest, dass unzweifelhaft eine Compression des Gehirns stattgefunden hat. Aber über mehrere andere Verhältnisse, die wir gerne wissen möchten, hatten die Anatomen keinen Anlass sich genauer auszubreiten, wobei allerdings beachtet werden muss, dass an der Leiche schon manches verwischt ist So wären wir sehr dankbar, wenn wir über das Verhalten der Blutgefässe zunächst in dem comprimirten Theile, und dann im Gehirne und seinen Häuten überhaupt genauere Aufzeichnungen in grosser Zahl vor uns hätten Es wäre ja möglich, dass bei der Compression des Gehirnes einzelne Venen, die zu den Sinusen der harten Hirnhaut ziehen, abgeknickt werden, wodurch schon die Cirkulation des Blutes im Gehirne beeinflusst sein kann. Als wir über diesen Punkt debattirten, machte uns Herr Prof. Gärtner aufmerksam, dass das Gehirn durch das mächtige Blutextravasat und ebenso durch unsere Versuchsanordnung in toto verrückt, in der Richtung nach dem grossen Hinterhauptsloch verdrängt sein kann. Bringen wir nämlich einen Ballon in den Subduralraum, und füllen wir rasch mit der Spritze, so ist ein Ausweichen des ganzen Schädelinhaltes nach der Richtung des Foramen occipitale magnum eine sehr wahrscheinliche Consequenz. Diese Bemerkung ist so wichtig, dass wir sofort an ihre Prüfung gingen. Die Membrana obturatoria wurde blosgelegt und eine feine Nadel bis in das Mark eingestochen. In dem Augenblicke, wo der Ballon sich füllte, neigte sich das freie Ende der Nadel kopfwärts, weil das eingestochene Ende augenscheinlich hinuntergedrängt wurde. Es findet also eine Locomotion des Schädelinhaltes statt. Man kann das auch direkt sehen, wenn man die Membrana obturotoria spaltet, und wir haben es auch am menschlichen Cadaver constatirt, dass das blosgelegte Mark hier nach abwärts gedrängt wird, wenn man das Grosshirn durch eine weite Trepanationsöffnung drückt.

Aus diesem Umstande folgt, wie wesentlich anders die Verhältnisse liegen, ob man den Liquor durch Einspritzen von Kochsalzlösung vermehrt und dann die Druckverhältnisse prüft — oder ob man eine lokale Compression des Hirns ausführt, wie es in unseren Versuchen der Fall war. Und nur die bei unserer Versuchsanordnung beobachteten Verhältnisse sind jenen analog, die bei der Compressio cerebri durch ein mächtiges Blutextravasat stattfinden; und nur dieser letztere Fall ist es wiederum, der für den Chirurgen das Bild der Compressio cerebri vorstellt.

Es wurde also nach der Methode von Gärtner-Wagner die von diesen Autoren gewählte, aus der Schädelhöhle direkt

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 1, 1894.

nach aussen führende Vene isolirt und nach Abindung der anderen in die Vena jugularis mündenden Venen, die Jugularis mit einer Canüle versehen, aus welcher das Blut abtropfte. Die Zahl der abfallenden Tropfen wurde in je 10 Secunden notirt. Gleichzeitig wurde der Blutdruck aus der Arteria cruralis geschrieben. Der Druck, der in dem in den Schädel eingeführten Ballon herrschte, wurde mittels eines Quecksilbermanometers bestimmt.

Versuch vom 14. Mai 1893. Mittelgrosser Hund in Curarenarkose.

	Blutdruck in *mm* Hg	Ballondruck in *mm* Hg	Tropfenzahl in je 10 Sekunden
1.	110	0	20
2.	126	40	16, 11, 11, 15
3	116	0	17, 16, 18, 19
4.	156	38	18, 18, 16, 17
5.	128	über die Scala hinaus gesteigert, stärker als der Blutdruck	9, 13, 1, 0, 0
6.	90	0	13, 11, 11
7.	110	wieder enorm gesteigert	13, 11, 6, 0, 0

Der Versuch beweist also, dass man durch eine lokale Compression, wenn sie genug gesteigert ist, das Abfliessen des Blutes aus dem Gehirne vollkommen sistiren kann. Die lokale Compression steigert sich zu einer allgemeinen.

Das ist sicherlich nichts Neues. Wir heben aber die Thatsache darum hervor, damit wir nicht etwa den Anschein erregen, als ob wir in der Frage des Hirndruckes auf ADAMKIEWICZ's Seite stehen. Was den kritischen Theil seiner Ausführungen betrifft, so hat er sicherlich einige ganz treffende Argumente gegen v. BERGMANN vorgebracht; was den positiven Theil seiner Hirndrucktheorie betrifft, so haben wir mit dieser gar nichts zu schaffen.

Was den Verlauf der Erscheinungen anbelangt, so müssen wir vor Allem zweier Punkte Erwähnung thun, die in den obigen Ziffern nicht zum Ausdrucke kommen. Wenn man den Ballon zu füllen beginnt, so bemerkt man in den ersten Secunden ein sehr rasches Abtropfen des Blutes aus der Vene; dann verlangsammt sich der Abfluss und die Gesammtzahl der in den ersten 10 Secunden abgefallenen Tropfen enthält nur die Summe der anfangs rascher und dann viel langsamer abgeflossenen Tropfen. Ebenso verhält es sich, wenn man den Ballon rascher entleert. Auch da fliessen in den ersten Sekunden die Tropfen auffallend rascher ab, dann langsamer, aber die Gesammtzahl der in 10 Sekunden abgefallenen Tropfen bringt diese Erscheinung nicht zum Ausdruck

Die Erscheinung hat aber sicherlich eine grosse Wichtigkeit. Wenn bei der Füllung des Ballons in den ersten 3 oder 4 Secunden die Tropfen auffallend rasch abfliessen, so sehen wir förmlich unmittelbar, dass die in den Ballon eingespritzte Flüssigkeit die Venen des Gehirns und seiner Häute förmlich auspresst. Wenn wir dann den Ballon rasch entleeren, und die Tropfen nun in den allerersten Secunden schnell abtropfen, so macht es den Eindruck, als ob eine angestaute Blutmenge sich sofort nach aussen entleeren würde.

Die Erscheinungen, die wir an der lymphatischen Scheide des Opticus wahrgenommen haben, sprechen dafür, dass bei der Füllung des Ballons auch der Liquor rasch in die Scheiden der Nerven abfliesst und von hier aus in die Lymphbahnen gelangt Die Versuche von FALKENHEIM und NAUNYN haben gezeigt, dass die Resorption des Liquors mit dem Drucke sich steigert.

Wir können uns also wohl vorstellen, dass mit der Füllung des Ballons zunächst ein Auspressen der Flüssigkeiten, des Blutes und des Liquors, aus der Schädelhöhle erfolgt. Für beide Flüssigkeiten stehen die Abflusswege offen. So viel Kochsalzlösung wir in den Ballon einspritzen, so viel Blut und Liquor zusammen tritt aus dem Schädel hinaus, und der Raum, der von der ausgepressten Menge früher occupirt war, wird jetzt von der Kochsalzlösung im Ballon eingenommen.

Anderes nimmt v. BERGMANN an. Seinen Ausführungen zufolge müssten wir annehmen, der Liquor werde aus der Schädelhöhle in die Rückgratshöhle verdrängt und die Rückgratshöhle vergrössere sich hiebei, indem die membranösen Theile ihrer Wandung nachgeben, soweit es ihre Elasticität erlaubt. Dadurch würde also zunächst Raum geschafft. Streng genommen müsste die Dura spinalis sich ausdehnen und erst mittelbar könnte die Dehnung der Ligamenta flava erfolgen; die Dehnung der Dura müsste den Raum schaffen, damit eine Quantität Kochsalzlösung in den Ballon eindringen könne. Die erfolgende Anspannung der den Liquor einschliessenden Membranen würde dann mittels des Liquor auf die Capillaren des Gehirns zurückwirken und sie comprimiren, so dass der Erfolg eine Anämie wäre. Wir müssen uns das anders vorstellen. Wir müssen uns denken, dass der Raum für die eingespritzte Flüssigkeit dadurch geschafft wird, dass im ersten Augenblicke Blut aus den Venen und Liquor aus den Liquorräumen hinausgepresst wird. Die Blutbahnen werden sicher comprimirt; es wird also der Gesammtquerschnitt derselben verringert; darum verlangsamt sich dann das Abtropfen. Aber die nun engeren Blutbahnen werden von Seite der Arterien fortwährend nachgefüllt, die Strömung geht weiter.

Nun kommt es auf das Verhalten des Blutdruckes an. Wenn wir die obigen Ziffern betrachten, so sank bei einem Blutdrucke von 126 *mm* Hg und bei einem Ballondrucke von 40 *mm* Hg die Tropfenzahl auf 11; bei einem Blutdrucke von 156 *mm* Hg und einem Ballondrucke von 38 *mm* Hg — also nahezu 40 *mm* Hg — sank die Zahl aber nur auf 16. Und ebenso verhielt es sich in anderen Versuchen. Bei gesteigertem Blutdrucke wird also durch die verengte Blutbahn mehr durchgetrieben.

Wie verhält es sich hiebei mit dem Liquor? Aus den Versuchen Anderer ist es bekannt, dass mit gesteigertem Blutdruck auch der Druck des Liquor steigt. Aus den Versuchen von FALKENHEIM und NAUNYN geht hervor, dass bei gesteigertem Druck des Liquor die Resorption desselben steigt und zwar in entschiedenster Weise. Wenn also der Blutdruck steigt, so fliesst durch die Venen mehr Blut ab und durch die Nervenscheiden und Lymphgefässe auch mehr Liquor ab. So lange also der Blutdruck den Widerstand überwinden kann, regulirt sich die Sache.

Wird aber der Ballondruck so weit getrieben, dass er grösser ist, als der Blutdruck, so fliesst durch die Arterien kein Blut zu und durch die Venen gar kein Blut mehr ab, was selbstverständlich ist.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die klinischen und experimentellen Erscheinungen bei der diabetischen Intoxication.

Von **Henri Huchard** (Hôpital Bichât, Paris.[1])

(Fortsetzung.*)

Bevor wir an das Studium der hervorstechendsten Symptome, der klinischen Formen und der Pathogenie der diabetischen Intoxication gehen, auch «Coma diabeticum», «Acetonämie» genannt, wollen wir den sie veranlassenden Momenten näher treten.

Bei der Häufigkeit ihres Auftretens ist sie für den Praktiker von grosser Bedeutung. Nach FRERICHS endigen von 250 Diabetesfällen, 153 durch Acetonämie. Dieser hohe Percentsatz wird nur durch die Erwägung verständlich, dass die Symptome der Intoxication ungemein häufig verkannt wurden.

Entgegen der gewöhnlichen Annahme, ist Diabetes im Kindesalter nicht allzu selten; man hat die Krankheit mit endlichem Ausgange in Acetonämie bei Säuglingen von 4 bis 7 Monaten beobachtet. Gewöhnlich denkt man dann an Zahnfieber, an Meningitis tuberculosa, an typhoides Fieber, bisweilen selbst an infantile Cholera. Charakterisirt ist der Diabetes der

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 1, 1894

Kinder durch seinen schweren Verlauf (22 Todesfälle unter 31 Erkrankungen nach Redon, 24 von 39 nach Leroux[2]) durch rapiden Verlauf, indem die Krankheitsdauer selten zwei Jahre überschreitet, durch seine grosse Neigung, sich mit den Erscheinungen der Acetonämie zu verbinden oder durch sie beendigt zu werden. Letztlich veröffentlichten Dauchez und Duflocq eine Beobachtung an einem 18 Monate alten Kinde, das seit 14 Tagen traurig und mürrisch geworden war, bei beträchtlicher und rapider Abmagerung, vollständigem Verluste des Appetites. Eines Tages verfällt es in Coma und stirbt plötzlich. Durch die Harnanalyse wurden beträchtliche Mengen von Zucker nachgewiesen.[3])

Diabetische Intoxication kann in jedem Alter unter dem Einflusse verschiedenartiger Momente auftreten, die sich sämmtlich auf physische oder moralische Ueberanstrengung, oder auf nervöse Depression beziehen. Man sieht sie nach forcirten Märschen erscheinen, nach Reisen, nach übertriebenen körperlichen Uebungen, nach grossen psychischen Erregungen und Kränkungen, endlich im Gefolge gewisser Krankheiten, nach einer Grippe, Leberkolik, verschiedenen Operationen, wie z. B. incarcerirter Hernie, unter dem shokartigen Einflusse eines Traumas.

Diarrhöen, abundante Schweisse, Enthalten vom Trinken, eine eingreifende Medication, wie Pilocarpininjectionen, wiederholtes Verabreichen von Abführmitteln und Aehnliches können durch plötzliche Wasserentziehung aus den Geweben und aus dem Centralnervensystem gleiche Wirkung üben. Weiters hat man für das Auftreten von Acetonämie den Gebrauch von Opiaten (Taylor, Hilton, Fagge) sowie ausschliessliches Fleischregime verantwortlich gemacht, was Pavy zu dem Ausspruche veranlasst haben mag, «dass der nicht behandelte Diabetes mit Tuberkulose, der allzu viel behandelte mit Acetonämie endigt.» Diesbezüglich verweise ich auf den Fall von Ebstein, wo es sich um einen 50jährigen, schweren Diabetiker handelt. Das Coma diabeticum trat immer auf, wenn man ausschliessliches Fleischregime einführte und verschwand wieder, wenn man zur gewohnten gemischten Kost überging. Spätere Beobachtungen von Jaenicke, Rosenfeld und französischen Autoren haben diese Thatsachen bestätigt.[4])

Verminderung der Polyurie ohne gleichzeitige Verringerung der Glycosurie ist häufig Vorläufer und Ursache der Acetonämie, indem ungenügende Ausscheidung die Zurückhaltung toxischer Substanzen im Organismus herbeiführt und begünstigt. Desgleichen fällt Verminderung oder plötzliches Aufhören der Zuckerausscheidung häufig mit dem Ausbruche toxischer Zufälle zusammen. Oft freut man sich über das Verschwinden des Zuckers im Harne und glaubt an eine definitive Heilung. Irriger Weise! Der Diabetes ist geheilt, der Diabetiker kränker als zuvor.

In allen Stadien des Diabetes kann man durch toxische Zufälle überrascht werden, am häufigsten freilich im letzten, im Stadium der Cachexie und der Abmagerung. In vielen Fällen bilden sie aber auch die erste Aeusserungsform eines bis dahin unerkannt gebliebenen Diabetes. Hier ein Beispiel für hundert, das ich Dickinson und Paget entlehne: Ein 20jähriger junger Mann hat bei einer Prüfung einen Misserfolg zu verzeichnen, über den er sich sehr kränkt. Er sucht sich durch weite Fusstouren zu zerstreuen. Plötzlich verliert er das Bewusstsein und stirbt im Coma. Sein Harn wurde im letzten Augenblicke untersucht: Er enthielt bemerkenswerthe Mengen von Zucker. Aehnliche Dinge erlebt man insbesondere beim Diabetes der Kinder, weil man hier nicht immer an die Sache denkt.

[1]) Mitgetheilt nach Nr. 45 der Revue Génér. de Clin. et de Thérapeut. 1883. Siehe Intern. Klinische Rundschau vom 7. Jänner 1894.

[2]) Redon: Thèses de Paris, 1877. — Leroux. Thèse de Paris, 1880.

[3]) Revue de médecine, juin 1893 et Revue de Clinique et Therapeutique 1893, p. 422

[4]) W. Ebstein, A. Jaenicke (Deutsch. Arch. für klinische Medizin. 1881—1882.) — Rosenfeld. (Deutsche med. Wochenschr. 1885.)

Hat der Zustand bestimmter Organe — der Leber, der Nieren, des Herzens — massgebenden Einfluss auf das Entstehen und die Schwere toxischer Erscheinungen? Sicherlich, und um so mehr, als Leber und Niere zur Ausscheidung von Stoffwechselprodukten bestimmt, beim Diabetes sich in einem immerwährenden Reizzustande befinden. Gesteigert wird die Bedeutung dieser Thatsache dann, wenn der Herzmuskel von fettiger Entartung befallen wurde. Dennoch thäte man Unrecht, so wie es einige Autoren thun, von einer cardialen Form der Krankheit zu sprechen; die gibt es ebenso wenig wie eine hepatische oder renale Form.

* * *

Die Symptome der diabetischen Intoxication können sofort unter dem Bilde des Coma auftreten, dem der Kranke in einigen Minuten oder in einigen Stunden erliegt. Häufiger zeigen sich im Anschlusse an eine Reise, weite Märsche, wiederholte psychische Erregungen, bisweilen auch ganz ohne nachweisbare Ursache prämonitorische Zeichen, die auf die diagnostisch richtige Spur führen können: Gefühl von Gliederschwere und allgemeiner Mattigkeit, auch leichtes Delirium, rasche und auffallende Abmagerung, säuerlicher oder chloroformähnlicher Geruch der Ausathmungsluft, Appetitlosigkeit, Diarrhöen u. s. w. Dann folgt das Coma, welches dem Kranken ein rasches Ende bereitet. Nicht vergessen darf werden, dass es zu letalem Ausgang noch vor dem Auftreten des Comas kommen kann. In andern Fällen wird man darauf durch verschiedene Symptome vorbereitet, welche die Respiration, den Verdauungstract, Nerven- und Muskelsystem und die Ernährung betreffen.

a) Die Dyspnoe der diabetischen Intoxication verdient um so genauere Erörterung, als sie wohl charakterisirt, von der urämischen Dyspnoe und dem Cheyne-Stoke'schen Respirationstypus durchaus verschieden ist.

Der Brustkorb wird zuerst durch eine ungestüme Inspirationsbewegung rasch und als Ganzes gehoben, wie um einen kurzen, tiefen Seufzer auszustossen, dann, nach einer kurzen Pause, senkt er sich wieder, lebhaft und als Ganzes bewegt. Es folgt eine neue Pause, derselbe Athmungstypus wiederholt sich und so geht es fort.

Diese Dyspnöe allein, gestattet in ihrer ausgesprochenen Eigenart, wie mir dies schon in zwei Fällen begegnete, auch bei Fehlen von Acetongeruch des Athems oder des Harnes, das Bestehen und sogar das Herannahen diabetischer Intoxication mit Sicherheit zu erkennen. Bezeichnender Weise scheint der Kranke selbst von seiner Dyspnoe nichts zu merken, indem er sogar bei den höchsten Graden derselben horizontale Rückenlage beibehält, da ihm zugleich die Beherrschung seiner Muskulatur vollkommen abhanden gekommen ist. Die Athemfrequenz muss nicht erhöht sein, 16 bis 20 Respirationen, wie es der Norm entspricht. Bisweilen freilich kann man auch 30—40 Athemzüge in der Minute zählen.

Sicher handelt es sich hier um eine nervöse Dyspnoe, unabhängig von der bei alten Diabetikern nicht seltenen fettigen Degeneration des Herzmuskels, da sie sehr häufig bei Abwesenheit aller Complicationen seitens des Herzens angetroffen wird; ebensowenig ist sie auf eine Schädigung der rothen Blutkörperchen zurückzuführen, die, wie spectroskopische Untersuchungen lehren, ihr Vermögen, Sauerstoff zu binden, nicht einbüssen. Sie ist ganz wohl zu unterscheiden von der angestrengten «Corvisart'schen Dyspnoe», von der der Arteriosclerose und Schrumpfniere eigenthümlichen Dyspnoe, von Asthma bronchiale und dem klinisch so gut charakterisirten Cheyne-Stokes'schen Athemphänomen. Nach den Autoren, von denen sie zuerst gut beschrieben wurde, empfiehlt es sich sie als Kussmaul-Kien'sche Dyspnoe zu bezeichnen.[5])

b) Wie in unserer geschilderten Beobachtung, treten Störungen seitens des Verdauungstractes oft so sehr in den

[5]) Kussmaul. (Deutsches Arch. für klin. Medizin. — Kien (Strassburg) Gaz. méd. de Strasbourg 1878.)

Vordergrund, dass sie allein häufig für die Diagnose massgebend werden: Appetitmangel bis zur unbezwinglichen Anorexie und Ekel gegen jede Speisenaufnahme; Zunge mit dickem, weisslichen, schmutzigen Belag oder trocken und fuliginös, Nausea und Erbrechen, hartnäckige Stuhlverstopfung oder nicht bekämpfbare Diarrhöen.

Das Erbrochene besteht aus schleimigen, fadenziehenden Massen, ein andermal hat es gallige Beschaffenheit, oder enthält blos die eingenommenen Speisen. Was die Diarrhöen betrifft, so können die Stühle sehr abundant sein; die Gegenwart reiswasserähnlicher Stühle erinnert um so mehr an Cholera, als die Temperatur nach Buhl und Tappeiner auf 35°, nach Kussmaul sogar bis auf 32° sinken kann mit bemerkenswerther Abkühlung namentlich der Extremitäten: oft, wie in unserer Beobachtung, bestehen lebhafte Schmerzen in der Magengrube, bisweilen im rechten Hypochondrium (so dass man an ein typhoides Fieber denken könnte) oder im ganzen Abdomen, welches dann hart und meteoristisch gebläht ist (Aehnlichkeit mit Peritonitis).

c) Muskel und Nervensystem erscheinen tief ergriffen. Die Kranken haben andauernd ein Gefühl von Muskelschwäche, Gliederschwere, Ermüdung und Erschöpfung, welches einen so hohen Grad erreichen kann, dass sie gezwungen werden, im Bette horizontale Rückenlage einzunehmen, unfähig sich in sitzender Stellung zu erhalten. Ich habe einen Kranken gesehen, der von einem derartigen Zustande marastischer Muskelschwäche befallen, kein anderes diagnostisch verwerthbares Symptom darbot, ausser den Acetongeruch des Athems. Potain hat einen ähnlichen Fall citirt.

Zugleich mit diesem Sinken der Muskelkraft werden die Kranken gleichgiltig gegen ihre Umgebung, indolent, traurig und unruhig, der Charakter erscheint verändert, das Gedächtniss wird schwach, die intellectuellen Fähigkeiten nehmen ab, nachdem bisweilen ein kurzes Excitationsstadium vorangegangen ist, charakterisirt durch übermässige Lustigkeit, abgehackte und dabei angeregte Redeweise, Andeutung von Delirium.

Unter den durch diabetische Toxämie hervorgerufenen Symptomen, verdienen ausser der Beeinträchtigung des normalen Schlafes bei Neigung zu Somnolenz und Stumpfsinn, intellectuellem Torpor, der in Verbindung mit dem Muskeltorpor den Kranken fast unfähig zu irgend einer Thätigkeit macht und so an das Bild eines von Gehirnerweichung befallenen Greises erinnert, noch häufige Schwindelanfälle Erwähnung, die — mit Unrecht — zur Aufstellung einer vertiginösen Form geführt haben. Man hat sich vor einer Verwechslung der acetonämischen Schwindelanfälle mit den auf Arteriosclerose zurückzuführenden zu hüten, von welch' letzterer Krankheit Diabetiker häufig befallen werden.

Endlich, nach einigen Tagen, kommt es zum Coma, dessen weitere Beschreibung überflüssig erscheint, und das sowohl im Gefolge der zahlreichen geschilderten Symptome, als auch von Vorneherein, ohne dass irgend welche anderweitige Erscheinungen aufgetreten wären, sich einstellen kann. Das Coma, welches einen Diabetiker befallen kann, ist aber nicht immer zwingend auf Acetonämie zurückzuführen. Zur Constatirung dieser selbst ist der Nachweis der wichtigsten Symptome derselben erforderlich, unter denen der specifische Geruch des Athems und des Harnes und die Reaction des letzteren mit Eisenchlorid wieder die erste Stelle einnehmen.

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Coma der Diabetiker häufig auch auf eine cerebrale Hämorrhagie, auf Encephalopathia saturnina, auf Intoxication durch Opiate oder Alkohol und endlich auf Urämie zurückzuführen ist.

In dieser Beschreibung der nervösen Symptome vermisst man Convulsionen. Sie sind ausserordentlich selten, beim Erwachsenen fast als Ausnahme zu betrachten, während man sie bei Kindern nach den Beobachtungen von Leroux und Baginski bisweilen finden soll. Zusammenfassend kann man als allgemein giltige Regel aufstellen, dass die diabetische Intoxication nicht mit Convulsionen einherzugehen pflegt, dass vielmehr die Neigung zu comatösen Zuständen das vorherrschende Moment bildet.

d) Die Ernährung kann schwere Störungen aufweisen. Häufig wird ein bemerkenswerthes, rasches Abmagern bemerkt. Diese acetonämische Abmagerung ist verschieden von derjenigen, die unter dem Einflusse des Diabetes und der ihn häufig begleitenden Lungentuberkulose langsam und fortschreitend sich geltend macht. Diese 3 Formen der Abmagerung (diabetische Abmagerung im engeren Sinne des Wortes, consumptive und acetonämische Abmagerung), hat man sich stets gegenwärtig zu halten, da ihr Erkennen zu ihrer letzten Ursache und somit zu der richtigen Diagnose hinleitet. Diabetische Abmagerung im engeren Sinne des Wortes ist ein constantes Symptom der Krankheit; dieser Satz wird befremden, wenn man die Lancereaux'sche Eintheilung annimmt, die eine fette, herpetische Form, von einer mit Abmagerung einhergehenden, pankreatischen Form unterscheidet. Man hat diesbezüglich verschiedenartige Dinge zusammengeworfen, was Lecorché treffend durch die folgenden Worte klarzustellen sucht:

«Dass es fette Menschen gibt, die diabetisch werden, dass diese fetten Menschen häufig gleichzeitig von Gicht oder Herpes befallen sind; dass bei ihnen die Abmagerung durch die früher bestandene Fettleibigkeit weniger auffallend wird, sei zugegeben, aber man kann fett sein, sogar an gleichzeitig bestehendem Herpes und Gicht leiden und gleichwohl Diabetes erwerben; anderseits kann ein gichtischer Diabetiker mager sein und die Krankheit bei ihm den gewöhnlich der fetten Form zugeschriebenen Verlauf nehmen, endlich kann nicht zugegeben werden — ob Gicht dabei im Spiele ist oder nicht — dass Diabetes, auch nicht in seinen ersten Stadien, mit Gewichtszunahme oder Wohlbeleibtheit einhergehen könne.[6])

* * *

Wie bei allen krankhaften Zuständen, wurde auch bei der diabetischen Intoxication mit der Aufstellung distincter klinischer Formen Missbrauch getrieben. Wir wollen hier nicht allen den Klinikern nachgehen, die einen mehr oder weniger künstlich geschaffenen Symptomencomplex an ihren Namen binden wollten und die eine «cerebrale», «respiratorische», «gastro-intestinale», «pseudo-peritonitische», «choleriforme», «cardiale», «vertiginöse», «muskuläre» etc. Form beschrieben. Diesbezüglich kann man sich nur dem Ausspruche Lecorché's anschliessen, der sich gegen den Missbrauch wendet «Typen in der Medicin zu schaffen, indem man bestimmte Symptome einer Krankheit betont und hervorhebt, andere in ihrer Bedeutung übersieht oder ausscheidet.»

Hervorgehoben wurde bereits, dass speciell bei Aufstellung einer Herzform, von französischen und anderen Autoren verlangt, ein klinischer Irrthum begangen wird. Alle anderen Formen haben sicher nicht die ihnen zugeschriebene Bedeutung. Was man darüber sagen kann, ist: Die diabetische Intoxication tritt unter cerebralen Symptomen oder ohne solche auf. In diesem letzteren Falle kann der Tod ohne alle comatösen Erscheinungen auftreten, wie dies durch zahlreiche Beobachtungen bestätigt wurde.

Hier eine solche, die ich Senac (aus Vichy) entlehne.[7]) Es handelt sich um eine 42jährige Frau mit einem langsam verlaufenden Diabetes, die aus diesem Grunde nach Vichy geschickt wurde. Drei Tage nach den Anstrengungen der Reise wird sie von schweren Zufällen betroffen, charakterisirt durch unbestimmte Schmerzsensationen in der Nacken- und Brustgegend, durch grosses Mattigkeitsgefühl, insbesondere durch ausgesprochene Dyspnoe; nach 3 Tagen starb sie ohne alle comatösen Erscheinungen «in Folge einer Art fortschreitender Insufficienz der Athmungsthätigkeit.» Eine andere Eintheilung der diabetischen Intoxication ausser in diese beiden Formen ergibt sich aus einem Eintheilungsgrunde, dem ich vom kli-

[6]) E. Lecorché. Traitement du diabète sucré. 1893.
[7]) Sénac (de Vichy). Annales de médecine thermale (3 Août 1889) und Société de sciences médicales de Vichy (12 Juillet 1889).

nischen und vom therapeutischen Standpunkt hohe Bedeutung beimesse.»

Man kann von einer acuten Form mit raschem, von einer chronischen mit schleppendem Verlaufe, und von einer leichteren, intermittirenden Form sprechen. Die zweite Form, von LECORCHE gut beschrieben, kann sich mehrere Wochen lang, in einem von mir beobachteten Falle 2 Monate lang, hinziehen. Charakterisirt ist sie durch einen Zustand physischer und psychischer Erschlaffung, durch die langsam schleppenden Bewegungen der Kranken, durch unbestimmte Muskelschmerzen in den Gliedmassen wie bei Muskelrheumatismus, durch Schlafsucht bei Tag, und Aufregungszustände mit nachfolgender Schlaflosigkeit während der Nacht, durch absoluten Mangel an Appetit. Zeitweilig beobachtet man auch Dyspnoe mässigen Grades in der oben beschriebenen charakteristischen Form. In diesen Fällen hat man darauf zu achten, ob der Kranke einen eigenthümlichen Geruch ausströmt, der Harn ist zu untersuchen, der positive Ausfall der Eisenchloridreaction behebt dann jeden weiteren Zweifel.

Von grösster Wichtigkeit für die Therapie ist das Erkennen der «leichten» oder «intermittirenden» Form. Gelingt es, diesen meist missdeuteten Zustand, «die kleine Acetonämie zur rechten Zeit zu erkennen, so wird eine geeignete Therapie die drohende Gefahr noch zu beschwören vermögen, während sie dem Coma gegenüber ohnmächtig dasteht.»

In der Praxis findet man den Diabetiker häufig leichten acetonämischen Anfällen unterworfen, die nach einigen Tagen verschwinden, um bald wieder aufzutreten. Einmal ist die Herabsetzung der Muskelkraft das hervorstechendste Symptom, ein anderes Mal handelt es sich um Verdauungsstörungen, wie Appetitlosigkeit, Erbrechen, Diarrhöen, hartnäckige Stuhlverstopfung und Trockenheit der Zunge. Der eine weist eine eigenthümliche Form von Dyspnoe, der andere wieder eine bei ihm ungewohnte nervöse Reizbarkeit auf, von Schlafsucht und Apathie begleitet. In anderen Fällen wieder finden sich alle Symptome der Acetonämie, aber in abgeschwächter Form vor, auf die richtige Diagnose leitet blos der säuerliche, mehr minder chloroformähnliche Geruch der Ausathmungsluft. Diesen Symptomen wird nur selten die nöthige Aufmerksamkeit geschenkt, bisweilen denkt man dabei an typhoides Fieber, wie bei dem kleinen, $6^1/_2$ jährigen Mädchen, von BINET und PREVOST (Genf) beschrieben, wo die trockene, fuliginöse Zunge, bei ausgesprochener Adynamie, Schmerz im rechten Hypochondrium, abundanter Diarrhöe auf einen enteritischen Process hinwies — bis auf die niedrige Temperatur von 35 6, welch' letzterer Umstand allein schon den Verdacht auf Diabetes erwecken musste. Zehn Monate nach diesem ersten Anfalle starb das Kind; diese Beobachtung bietet demnach ein Beispiel der intermittirenden Form der Acetonämie. (Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 5. Jänner 1894.

Dr. S. Federn: *Ueber den dauernd gesteigerten Blutdruck* (Vorläufige Mittheilung.)

Vortragender lenkt die Aufmerksamkeit der Aerzte bei der Krankenuntersuchung auf einen neuen Factor, welcher bis heute ziemlich unberücksichtigt geblieben ist, und zwar auf den vermehrten oder verringerten Widerstand im peripheren Gefässsysteme, dessen Messung von der Bestimmung des Blutdruckes abhängt, die am besten durch das von BASCH construirte Sphygmomanometer bewerkstelligt wird. Bis jetzt hat man von dem höheren oder niedrigeren Blutdrucke stets auf eine grössere oder geringere Leistung des Herzens geschlossen, während man in der Regel daraus nur auf einen vermehrten oder verringerten Widerstand im Gefässsystem schliessen darf.

Die Mittheilungen des Vortragenden beziehen sich auf den dauernd erhöhten Blutdruck, wie man ihn bei Kranken und anscheinend Gesunden ohne klinisch nachweisbare erhöhte Herzaction beobachten kann. Der normale Blutdruck schwankt bei Männern zwischen 80—90 *Mm* Hg., bei Frauen zwischen 80—100; über 100 ist bereits abnormal. Dabei sieht Vortragender von mechanischen Hindernissen (Geschwülste, Oedeme, u. s. w.) ab, und zieht nur den durch Contraction der Gefässe und durch Reizung der Vasoconstrictoren bedingten Blutdruck in den Bereich seiner Besprechungen.

Vortragender kommt nun zu folgenden Schlusssätzen:

1. Der Nervus splanchnicus regelt die Blutvertheilung im ganzen Organismus und ist daher der massgebendste Nerv für die Höhe des Blutdruckes.

2. Dieser vermehrte Blutdruck geht meist vom Darme aus.

3. Der dauernd abnorm erhöhte Blutdruck kann von einem kräftigen, gesunden Individuum lange ohne sichtliche Schädigung ertragen werden; ein schwächlicher Organismus reagirt darauf aber mit krankhaften Symptomen; er muss daher sowohl bei Gesunden als auch bei Kranken als ein sehr gefährdendes Moment angesehen werden.

4. Die Störungen in Folge erhöhten Widerstandes im Gefässsystem sind bei jüngeren Individuen mehr nervöser (Neurasthenie), bei älteren Individuen mehr asthmatischer Natur. Der erhöhte Blutdruck wirkt auf die Nerven als mechanischer Reiz; wenn dann an das Nervensystem grössere Anforderungen gestellt werden, so kommt es zu Störungen functioneller Natur.

5. Die neurasthenischen Symptome schwinden, wenn der Blutdruck normal wird, was Vortragender oft bei schweren Neurasthenikern erreicht hat.

6. Von gleich fundamentaler Wichtigkeit wie bei der Neurasthenie ist der höhere Blutdruck bei der Herzinsufficienz, die meist eine relative ist.

7. Es ist physikalisch unhaltbar, dass der höhere Blutdruck bei der Arteriensclerose die directe Folge der Veränderungen an den Gefässen ist. Die Elasticität der Arterien hat nur zur Folge, dass die stossweise wirkende Contraction des Herzens in eine continuirlich wirkende umgewandelt wird, hat aber keinen Einfluss auf den Blutdruck, der in starren Gefässen nicht grösser ist als in elastischen. Der Blutdruck braucht daher bei ausgesprochener Arteriensclerose nicht höher zu sein als bei normaler Arterie.

8. Die Behandlung der Herzinsufficienz muss daher darauf gerichtet sein, den Widerstand in den Gefässen eher zu vermindern als das Herz zu grösserer Arbeit anzuregen.

9. Der Widerstand im Gefässsystem wird durch Reizung des Splanchnicus vermehrt, welcher wiederum bei chronischen Fällen durch partielle Atonie des Darmes, bei acuten durch Obstipation hervorgerufen wird.

10. Bei acuten Fällen müssen daher Abführmittel, bei chronischen die Darmfaradisation angewendet werden.

11. Für die Verabreichung von Digitalis stellt sich die Indication folgendermassen: Bei Herzinsufficienz bei niedrigem Blutdrucke; bei höherem Blutdrucke, nur wenn Periculum in mora und in Verbindung mit Abfüh mitteln.

* * *

Dr. A. Schlossarek: *Demonstration eines Phantoms zur Erlernung der Intubation.*

Da die Intubation sehr viel Uebung voraussetzt und in sehr kurzer Zeit geschehen muss, so hat schon Hofrath ALBERT empfohlen, Kehlkopf-Phantome zu erzeugen, da die Unzulänglichkeit der Cadaverübungen evident ist. Das auf Veranlassung Hofrath WIDERHOFER's construirte Phantom besteht aus dem eigentlichen Kehlkopf, der aus einer weichen elastischen Masse verfertigt ist und in einem gewöhnlichen Phantom aufgenommen ist.

Vortragender demonstrirt nun das zur Intubation nöthige Instrumentarium und bespricht die Art und Weise, wie dieselbe ausgeführt wird.

Dr. GROSSMANN bemerkt, dass in Wien schon vor 20 Jahren bei diphtheritischen Stenosen Katheter eingeführt wurden. Als die

Tubage eingeführt wurde, sei er ein begeisterter Anhänger derselben gewesen, mit der Zeit sei er aber ein Gegner derselben geworden. In dem ersten Momente, wo dieselbe ausgeführt wird, werde zwar die Athmung eine bessere, um sich aber nach kurzer Zeit wieder zu verschlimmern. Auch sei zu bedenken, dass bei der Einführung des Katheters, mag man noch so geschickt sein, die gelockerten Epithelialschichten abgestreift und mechanische Verletzungen gesetzt werden.

Dr. EISENSCHÜTZ betont gegenüber GROSSMANN, dass die bis jetzt mit der Tubage erzielten Resultate dieselbe als einen sehr nützlichen Fortschritt erscheinen lassen, da durch dieselbe in gewissen Fällen die Tracheotomie unnöthig wird.

Hofrath WIDERHOFER bezeichnet ebenfalls die Tubage als einen sehr grossen Fortschritt, da sie in 15—20 % der Fälle zur Genesung führt. Die Kinder respiriren nach Anlegung des Tubus so leicht, dass man oft erst fragen muss, ob derselbe wirklich eingelegt ist. Vortragender möchte ohne Intubation Kinder mit Croup oder Diphtheritis nicht behandeln wollen.

Prof. v. SCHRÖTTER bedauert es, dass Niemand daran erinnert, wie in Wien an diesem Gegenstande gearbeitet wurde. Er selbst habe eine Canüle construirt, welche mit der DWEYER'schen (?) die grösste Aehnlichkeit habe. Auch hier liegt in der Mitte die Wahrheit; es gibt viele Fälle, die durch dieses Verfahren besser werden, andererseits nützt dasselbe wieder gar nichts, besonders in jenen Fällen von Diphtheritis, wo der Process weiter nach unten greift. Jedenfalls bedeutet dasselbe eine wesentliche Bereicherung unserer Therapie, die besondere Empfehlung bedarf. Was die zahlreichen Phantome anlangt, so sei es zweckmässiger, für einige Kreuzer einen armen Jungen zu dingen und an diesem sich zu üben, als sich mit einem solchen Phantom zu plagen. EISENSCHÜTZ habe schon vor 10 Jahren Hunderte von Intubationen gemacht.

Prof. WIDERHOFER erwidert, dass für die Hörer das Phantom nicht zu unterschätzen sei. Die Statistik zeigt, dass die Verhältnisse durch die Intubation viel bessere geworden sind; dies gilt meist nur für diphtheritische Stenosen. Wie SCHRÖTTER zu der angegebenen Zeit Hunderte von Tubagen habe ausführen können, sei ihm unbegreiflich, da zu jener Zeit nur sehr wenig Croup und Diphtheritis in Wien vorkam.

Dr. GROSSMANN bemerkt, dass die Tubage das Hinderniss im Larynx wohl beheben, den Process aber nicht aufhalten könne.

* * *

Dr. Latzko: *Ueber den Einfluss der Chloroform-Narkose auf die Osteomalacie.* (Autoreferat.)

Der Vortragende hat schon in einem am 21. April v. J. gehaltenen Vortrage über Osteomalacie auf zwei Behauptungen PETRONI's reflectirt, die lauten:

1. Die Mikroorganismen der Nitrification sind die Ursache der Osteomalacie.

2. Der Effect der Castration und der Porrooperation beruht auf der gleichzeitigen Chloroform-Narkose.

LATZKO hat schon seinerzeit als Erster über einen Fall von Osteomalacie berichtet, der wenige Wochen nach einer experimenti causa eingeleiteten Chloroform-Narkose wesentliche subjective Besserung zeigte.

Diesen einen Fall und neun weitere gleichfalls mit Chloroform-Narkose behandelte will LATZKO heute in den Kreis seiner Besprechungen ziehen.

Vorerst berichtet der Vortragende aber über jene Versuche, die eine Prüfung der Nitrifications-Theorie PETRONI's zum Zwecke hatten. Nachdem die Letztere sich wesentlich auf PETRONI's Angabe stützt, dass der Harn Osteomalacischer constant Nitrite enthalte, hat LATZKO die Harne von sieben Osteomalacischen durch mehrere Monate einer fortlaufenden Untersuchung unterzogen.

In drei Fällen fehlten Nitrite immer.

In zweien konnten solche von Zeit zu Zeit, in zweien in der Mehrzahl der untersuchten Proben nachgewiesen werden, doch gelang der Nachweis immer nur, wenn der Harn längere Zeit gestanden war.

Im frischen Harn konnten Nitrite nie nachgewiesen werden.

Ein ganz ähnliches Verhalten zeigen übrigens nach KARPLUS alle möglichen, nicht nur die osteomalacischen Harne, was der Vortragende nach seinen Control-Untersuchungen bestätigen kann.

Auf Grund dieser Thatsachen glaubt LATZKO die Nitrifications-Hypothese PETRONI's als einstweilen nicht genügend fundirt zurückweisen zu müssen.

Es folgen nun die kurzen Krankengeschichten der zehn mit Chloroform-Narkose behandelten Fälle, von denen einer eine männliche, die übrigen drei nicht puerperale und sechs puerperale Osteomalacieformen betrafen.

Aus den Resultaten heben wir hervor, dass in einem Falle die Narkose ganz ohne Effect blieb, dass derselbe in zwei anderen Fällen ein sehr geringer war, während die übrigen sieben Fälle nachher eine sehr eclatante Besserung aufwiesen, die leider fast durchgehends eine vorübergehende war. Nur in einem einzigen Falle, den der Vortragende vorstellt, ist Heilung eingetreten, soweit von einer solchen nach sieben Monaten gesprochen werden kann. Die subjectiven und objectiven Schmerzen sind geschwunden, das früher elastische Becken ist solid geworden, die Patientin selbst hält sich für vollkommen gesund.

In einem zweiten Falle ist eine sehr wesentliche Besserung eingetreten, indem die früher unbewegliche Patientin wieder gehen kann, ohne irgend welche Schmerzen zu empfinden. Das Resultat der Gehversuche erscheint allerdings dadurch gestört, dass sich im Laufe der osteomalacischen Erkrankung eine beiderseitige spontane Hüftgelenksluxation entwickelt hat. Dieser Fall ist übrigens noch dadurch ausgezeichnet, dass an demselben vier Monate vor der Chloroform-Narkose von SCHAUTA eine beiderseitige Salpingotomie in Aether-Narkose ohne Einfluss auf die Osteomalacie, allerdings auch ohne Einfluss auf die Menses ausgeführt worden war.

In den übrigen Fällen war die eingetretene Besserung zwar zunächst in die Augen springend, doch war dieselbe nur von kurzem Bestande.

Als Ursache für die ephemere Wirkung der Chloroform-Narkose spricht LATZKO zwei Mal bestehende Schwangerschaft, vier Mal den Wiedereintritt der Menstruation an.

Als besonders auffallend hebt derselbe hervor, dass in der Mehrzahl der Fälle die Wirkung der Chloroform-Narkose eine überraschende gewesen sei und in dieser Beziehung ganz an die Schnelligkeit der Erfolge nach Castration oder Porrooperation erinnert habe.

LATZKO hält es auf Grund dieser Beobachtung für möglich, das häufig räthselhaft schnell eintretende Verschwinden der osteomalacischen Schmerzen nach Castration mit der Chloroform-Narkose in Verbindung zu bringen, während er als wesentliche Ursache der dauernden Heilung die Ausschaltung aller weiteren Generations-Vorgänge betrachtet. Abgesehen von der bisher schon für diese Annahme von SCHAUTA und ZWEIFEL ins Treffen geführten Gründen, hebt LATZKO zwei Thatsachen hervor:

1. Dass der Wiedereintritt der Verschlimmerung nach den Narkosen in der Mehrzahl der Fälle mit Generations-Vorgängen in Verbindung zu bringen war;

2. dass in drei Fällen unter circa 40 von ihm beobachteten, die durch consequente Phosphor-Therapie erzielte, scheinbar vollkommene Heilung des osteomalacischen Processes einer wiedereintretenden Schwangerschaft nicht Stand hielt.

Die Ansicht PETRONI's, die Chloroform-Narkose sei das eigentliche Wirksame bei der Castration und Porrooperation, erscheint nach den früher angeführten Resultaten LATZKO's nicht haltbar, der dieselbe übrigens schon in seinem vorjährigen Vortrage auf Grund der vergleichenden Statistik BAUMANN's zurückgewiesen hat. Wäre PETRONI's Behauptung richtig, so müssten im Gegensatze zu dieser Statistik die Heilergebnisse des conservativen Kaiserschnittes denen der Porrooperation gleichkommen, was nicht im entferntesten der Fall ist.

Die M ö g l i c h k e i t einer Osteomalacieheilung nach Chloroform-Narkose scheint dem Vortragenden, allerdings nach dem theilweisen positiven Ausfalle seiner Versuche, zugegeben werden zu müssen.

Dr. Em. Mandl.

Wiener medicinischer Club.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

Sitzung vom 10. Jänner 1894.

Dr. J. Fischer: *Epikrise eines demonstrirten Falles* *)

Vortragender hat am 25. October 1893 einen 8jährigen Knaben demonstrirt, um die Schwierigkeiten bei der Diagnose eines an der Grenze zwischen Chirurgie und interner Medicin stehenden Falles zu zeigen. Das hervorstechendste Symptom bildete hier eine Lumballordose, welche plötzlich entstand. Das ganze Krankheitsbild bot den Anblick einer progressiven juvenilen Muskelatrophie, während andere Beobachter diesen Fall für eine Spondylitis hielten. Im December bot der Knabe das Bild einer Meningitis, an welcher er auch starb. Die Section ergab Meningitis basilaris tuberkularis, acuten Hydrocephalus; an der hinteren Fläche des Rückenmarkes des Lumbal- und Dorsalsegmentes sulzige Massen mit eingelagerten milliaren Knötchen. Auffallend ist, dass die Lordose als isolirtes Symptom so lange bestand ohne Nachweis anderer Symptome. Diese muss jedenfalls, ähnlich wie die Genickstarre als meningeales Reizsymptom aufgefasst werden. Mit Rücksicht auf das frühzeitige Auftreten der Lordose, muss angenommen werden, dass es sich hier um eine primäre Einlagerung von milliaren Knötchen gehandelt habe, da die Meningitis unmöglich zwei Monate gedauert haben konnte.

* * *

Dr. R. Hatschek: *Ueber recidivirende Facialislähmung.*

Der Vortragende gibt zunächst eine Zusammenstellung der früher beschriebenen Fälle von recidivirender Facialislähmung, von denen er aus der Literatur über 20 gesammelt hat. Aus der verhältnissmässig grossen Zahl der eigenen Beobachtungen, 7 unter circa 80 Fällen, die dem Nervenambulatorium der Klinik Nothnagel entstammen, schliesst er, dass das Vorkommen von Recidiven der Facialislähmung kein so seltenes sei. Der Natur nach erweisen sich die erwähnten Lähmungen als periphere und sind abzugrenzen von den wenigen bekannten Fällen recidivirender Nuclearerlähmung, die in Combination mit anderen Hirnnerven auftreten. Aus dem Umstand, dass circa bei der Hälfte der Fälle die Recidiven nicht blos auf eine Seite beschränkt sind, schliesst der Vortragende, dass es sich nicht blos um eine locale durch die einmalige Erkrankung bedingte, sondern um eine gewisse individuelle Prädisposition handle.

Eine hereditäre nervöse Veranlagung ist eigentlich nur in einem der eigenen Fälle vorhanden gewesen, was nicht sehr für den dominirenden Einfluss der Heredität auf die Facialislähmung spricht, wie er von den französischen Autoren angenommen wird, da ein solcher sich gerade bei den zu Recidiven neigenden Personen am allerehesten zeigen müsste. Auch die Ansicht, dass das weibliche Geschlecht von der Facialislähmung häufiger befallen werde als das männliche, ist nicht richtig. Auch die Intensität lässt eine gewisse Gesetzmässigkeit nicht erkennen; meist sind die späteren Lähmungen schwerer als die vorhergehenden; hie und da findet auch das umgekehrte statt. Der Umstand dass b e i d e Seiten der Recidive unterliegen, macht es wahrscheinlich, dass nicht eine locale, sondern eine individuelle Disposition vorliege. Auch die von anderer Seite ausgegangene Annahme einer angeborenen Enge des foramen stylomastoideum glaubt Vortragender zur Erklärung ablehnen zu müssen, hauptsächlich gestützt auf den bekannten anatomischen Befund von MINKOWSKI, wo es sich um einfache degenerative Neuritis ohne Betheiligung des Neurileum, ohne Compression des Nerven handelte. Unter Hinweis auf BERNHARD ist Vortragender geneigt bei einer schon Jahre vor dem Eintritt der ersten Facialislähmung diabetischen Patientin einen Zusammenhang zwischen Diabetes und der Gesichtslähmung anzunehmen und stützt denselben durch eine zweite Beobachtung, ohne die Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens ganz auszuschliessen. Besondere unterscheidende Merkmale von anderen Lähmungen haben diese mit Diabetes combinirten Lähmungen nicht.

*) Siehe Nr. 44. Jahrg. 1893; Wiener medicinischer Club, Sitzung am 25. October.

Bezugnehmend auf einen BERNHARD'schen Fall von recidivirender Facialislähmung bei Syphilis bespricht Vortragender, zum Theil gestützt auf eigene Beobachtungen, die im Beginn des secundären Stadiums der Syphilis auftretenden Facialisparalysen. Antiluetische Behandlungen blieben in solchen Fällen meist erfolglos. Zum Schlusse wird die recidivirende Gesichtslähmung bei Otitis abgehandelt und eines Falles Erwähnung gethan, wo bei Bestehen eines Basaltumors Intermittiren in den Lähmungserscheinungen beobachtet wurde. Letzterer Fall gibt dem Vortragenden Anlass Parallele mit der recidivirenden Oculomotoriuslähmung zu ziehen.

Dr. WINKLER bemerkt, dass er an der Abtheilung des Prof. BENEDIKT die Erfahrung gemacht habe, dass die Heilungsdauer bei den 3 Aesten des Facialis verschieden sei, und zwar geht die Paralyse im Stirnast bedeutend später zurück, als in den anderen Aesten. So erinnere er sich auf 4 Fälle, bei denen in verschiedenen Zeiträumen Recidiven auftraten; zwei dieser Fälle waren bereits geheilt entlassen, und zwar stellten sich die Recidiven schon im Verlaufe von 2—3 Tagen ein. Auch WINKLER hat zwei Fälle von recidivirender Facialislähmung bei Diabetes beobachtet, die ebenfalls peripher waren, da alle 3 Aeste betroffen waren, doch möchte er diese beiden Krankheiten nicht in Zusammenhang bringen. Auch sei es nicht rathsam, jene Fälle, wo die Lähmung erst wieder nach Jahren auftritt, unter die recidivirenden Lähmungen zu verzeichnen.

Dr. HATSCHEK bemerkt, dass ein Zusammenhang zwischen Facialislähmung und Diabetes wohl möglich sei, da bei letzterem wohl palpable Neuritiden vorkommen. Auf die Frage, ob es sich hier um einen wirklichen Diabetes oder nur um eine Glycosurie gehandelt habe, antwortet HATSCHEK, dass in dem einen Falle durch längere Zeit 5 % Zucker, in dem anderen Falle, der nicht lange beobachtet wurde, 7 % Zucker im Harne festgestellt werden konnten.

Dr. Em. Mandl.

Italienischer Chirurgen-Congress in Rom.

(Original-Bericht der «Internationalen Klinischen Rundschau.»)

(Fortsetzung und Schluss.)

Dr. Pascale (Neapel): *Gewaltsame vollständige Amputation des Penis*

Die Schnittwunden des Penis sind entweder accidentell, oder sie ereignen sich bei Geisteskranken oder Hypochondern: Die vollständige Abtragung des Gliedes kommt äusserst selten vor und sie bedingt fast immer höchste Lebensgefahr. In der betreffenden Literatur findet sich hie und da ein solcher Fall aufgezeichnet. KÖNIG berichtete über einen dem meinigen sehr analogen Fall, der jedoch tödtlich verlief.

Es handelt sich in meinem Falle um einen kräftigen jungen Mann von 24 Jahren, der Beziehungen mit einem Stubenmädchen unterhielt. Als er Nachts in ihr Zimmer sich begab und sich zu ihr ins Bett legte, ergriff das Mädchen ein Küchenmesser das sie im Bette versteckt hielt und durchschnitt dessen Penis vom Grunde aus, als dieser in höchstem Grade der Erection sich befand.

Der Unglückliche wusste Anfangs nicht recht, was mit ihm vorgegangen war. Er sprang sofort aus dem Bett und als er sich hingriff und etwas Nasses fühlte, kam ihm ein furchtbarer Verdacht, der bald zur traurigen Wahrheit wurde. Die Blutung hörte von selbst auf ohne irgend welche ärztliche Beihilfe.

Ich sah den Verwundeten nach 14 Stunden und applicirte einige Nähte und den Dauerkatheter. Der weitere Verlauf bot nichts Abnormes dar. Es ist seit jener That ein Jahr verstrichen: die localen Bedingungen sind heute gut; das erotische Gefühl ist vollständig erhalten; der kleine Stumpf schwillt an und die Ejaculation geht in vollständiger Weise vor sich. Das Urinlassen vollzieht sich regelmässig mittelst eines Prothesenstückes, das der junge Mann stets mit sich führt.

* * *

Dr. Enrico D'Urso (Neapel): *Epicystotomie.*

Der Vortragende befasst sich mit der Behandlung der Bauchwunde bei der Epicystotomie, die bei Kindern stets den Vorzug

vor allen anderen Methoden verdiene. Er bemerkt, dass die Verfahren BAZY's, POZZI's, SCHWARTZ's und TUFFIER's dem beabsichtigten Zweck absolut nicht entsprechen. Er hat drei Individuen operirt mit vollständiger Sutur der Bauch- und Blasenwunde, indem er sie spontan und auf natürlichem Wege uriniren liess: dabei hat er stets Harninfiltration durch die Blasen- und Abdominalwunde hindurch beobachtet.

Nach Vornahme einiger Versuche an Hunden ist D'URSO zu folgenden Conclusionen gelangt:

1. Der Austritt von Harn geschieht am hinteren (beim Menschen am unteren) Wundwinkel.

2. Der Austritt von Harn ist beträchtlicher bei Querschnittwunden.

3. Der Austritt von Harn durch die erwähnten Theile erfolgt deshalb, weil sich die Blase, indem sie sich zusammenzieht und an den Seiten convex wird, dem vorderen Abdominaldrucke entzieht, der den excentrischen Druck des Harns überwindet, was sich bei vollständiger Beseitigung der Abdominalnähte zeigt.

4. Der Harnausfluss durch die Wunde vermindert sich, wenn man nur die Hautnaht und zwei bis drei Nahtstiche an der Muskelwunde entfernt.

Aus den gemachten Beobachtungen kommt der Vortragende zu dem Schlusse, dass es beim Menschen besser sei, nur die Blasenwunde zu nähen und das Uebrige nach VOLKMANN mit Jodoformgaze zu tamponiren, um den Harnausfluss zu beschränken oder zu hemmen. Nach diesem Verfahren, das in die Praxis durch BERGMANN und HELFERICH eingeführt worden ist, wird die Operation vereinfacht: die Application eines Katheters wird überflüssig und die Bauchwunde kann per secundam binnen 5—6 Tagen genäht werden. Die vollständige Heilung erfolgt am 10. oder 12. Tage.

Die hier erwähnten Experimente wurden vom Vortragenden in Gemeinschaft des Herrn FIMMANO in dem königlichen Thierarzneiinstitute in Neapel ausgeführt.

* * *

Dr. Maffucci (Pisa): *Toxische Producte der Tuberkulose*

Hinsichtlich des geschichtlichen Theiles dieser Frage, hebt der Vortragende hervor, dass er, noch vor der Entdeckung des Tuberculins durch KOCH, verschiedene Untersuchungen über die toxischen Producte der Tuberkulose angestellt hat («Riforma Medica» 1889). Der Vortragende glaubt, dass der marantische Zustand, den er durch die Injection der sterilen tuberkulöser Producte erlangt hat, von Producten chemischer Natur herrühre. Er hat die Wirkung dieser chemischen Producte auf den Organismus studirt, die mit dem Absterben der Bacillen sich bilden: er hat tiefgreifende Alterationen insbesondere in den rothen Blutkörperchen, den Herzmuskelfasern, in der Milz, parenchymatöse Nephritis, hochgradige Hyperämie der Lungen, etc. nachweisen können. Bei der Untersuchung der Wirkung der hohen Temperatur, des Sonnenlichtes, der Trockenheit, des Magensaftes, etc. auf die fraglichen Producte, hat er gefunden, dass sie jenen Einflüssen einen zähen Widerstand entgegensetzen.

Bei der Injection dieser Producte auf ein refractäres Thier, z. B. Frösche, und später bei der Einimpfung von Stückchen von der Leber, der Lungen dieser Thiere auf Meerschweinchen erreichte man stets dieselben marantischen Wirkungen.

Sämmtliche vom Autor gegen die Tuberkulose angewandten medicamentösen Substanzen sind erfolglos geblieben.

Der Vortragende hält deshalb dafür, dass in dem Protoplasma der Bacillen ein Product von höchster Toxicität enthalten ist, das allen physischen und chemischen Mitteln widersteht. Dass ein solches Product in dem Protoplasma der Bacillen vorhanden sein muss, geht schon aus einer ganzen Reihe von Untersuchungen hervor.

* * *

Discussion.

Prof. CECI (Genua) glaubt, dass die an Tuberkulose erkrankten Personen nicht an einfachem Marasmus zu Grunde gehen.

Dr. MAFFUCCI: Alle Infectionen, die wir klinisch zu sehen bekommen, sind gemischte Infectionen. Ich habe jedoch mit reinen toxischen Producten der Tuberkulose experimentiren wollen. Mit diesen erzielt man eben den Marasmus.

Société de Biologie in Paris.

Sitzung vom 30. December 1893.

(Originalbericht der «Internationalen Klinischen Rundschau».)

Ueber die Pathogenese der Scarlatina.

Dr. Ricochon: Die Mittheilung, die Dr. BERGÉ in einer der letzten Sitzungen dieser Gesellschaft machte*), erinnerte mich an gewisse klinische Thatsachen, die mir einiges Interesse betreffend die Beziehungen, die zwischen der Scarlatina und dem Erysipel bestehen können, zu haben scheinen. Die diesbezüglichen Beobachtungen sind folgende:

Ich wurde am 24. März 1893, in ein Dorf gerufen, um einen Mann zu behandeln, der von Fieber und von einer diffusen Röthe, ohne Schwellung, die sich über das ganze Antlitz, den Hals und den vorderen Theil der Brust erstreckte, ergriffen wurde. Ich stellte die Diagnose einer Scarlatina in ihrem Beginne und ich entdeckte noch rothe Plaques hie und da auf dem Rücken und auf dem Abdomen. Auf dem Lande war kein einziger Fall von Scharlach vorhanden.

Ich sehe den Kranken jeden zweiten Tag, und der Zustand, sowohl was das Fieber, als auch was die Röthe betrifft, bleibt derselbe; die Röthe nimmt nicht zu, und seit meiner zweiten Visite, i. e. dem sechsten Krankheitstage, finden sich stellenweise Spuren von Abschuppung. Dem Kranken scheint es jedoch an diesem Tage nicht besser zu gehen. Er lenkt meine Aufmerksamkeit speciell auf sein linkes Bein, wo er seit langer Zeit ein variköses Geschwür hat, welches seit dem Tage seiner Erkrankung schmerzhafter und entzündeter als für's Gewöhnliche wurde.

Dieses Ulcus wurde der Ausgangspunkt einer eitrigen Lymphangoitis, und der Kranke starb zwei Monate später.

Die Sache gewinnt aber erst vom folgenden Monate angefangen an Interesse:

Am 6. April wird eine Frau, welche den Kranken besucht, und die früher nie an Erysipel gelitten hatte, von einem Erysipel des Gesichtes, das seine regelmässige Evolution durchmachte, ergriffen.

Am 15. April empfindet der Mann dieser Frau, der sich einen Finger verletzt hatte, einen lebhaften Schmerz in demselben, ohne dass die Entzündung daselbst eine beträchtliche gewesen sein würde. Ich sah ihn am folgenden Tage. Es war keine Spur von Lymphangoitis entlang des Armes zu constatiren, aber die Achseldrüsen waren von teigiger Beschaffenheit, vergrössert und sehr schmerzhaft. Am siebenten Tage machte ich die Incision; es entleerte sich viel Eiter.

Am 17. April wurde ich zu einer jungen Frau gerufen, welche in demselben Dorfe wohnte. Sie war fünf Tage vorher entbunden worden und klagte über einen heftigen Fieberanfall. Am folgenden Tage constatirte ich bei ihr eine typische Scarlatina mit der typischen Hautefflorescenz, der thermometrischen Curve und allen Begleiterscheinungen. Die Patientin genas. Inzwischen stellte sich mir bei meinem Rundgange durch das Dorf ein junger Soldat vor, der soeben aus dem Tonking zurückgekehrt war; derselbe war Reconvalescent nach einer schweren Dysenterie und seine Gesundheit war vollständig zerrüttet; er hatte den erstgenannten Kranken besucht, und ich fand bei ihm eine Lymphangoitis von harter Consistenz am Arme. Als Eingangspforte konnte ich nur eine leichte Anschwellung an der Nagelwurzel des Zeigefingers entdecken. Die Resolution ging von selbst, ohne Eiterung, von statten.

Am 19. April wurde ein Mann von einem benachbarten Dorfe, der das Dorf, in welchem die zwei erstgenannten Kranken wohnten, zu besuchen pflegte, am Gesichte von einem schweren Erysipel ergriffen; die Genesung in diesem Falle war eine sehr mühsame und sie war von Leberanschwellung und von Albuminurie begleitet.

---

*) Siehe «Internationale Klinische Rundschau» Nr. 7, Jänner 1894

Somit finden wir in diesen Fällen in chronologischer Reihenfolge und entsprechend einem ursächlichen Zusammenhange, den man schwer leugnen kann:

1. Eine eitrige Entzündung im Gefolge einer plötzlichen Exacerbation eines Ulcus varicosum des Beines; auf die Entzündung folgt eine Lymphangoitis in der Nachbarschaft und eine allgemeine scarlatiniforme Eruption, hierauf später, multiple Abscesse entlang der Lymphgefässe des Beines und endlich Resorption von Eiter.

2. Ein Erysipel am Gesicht bei einem Weibe.

3. Eine Adenitis in der Achselhöhle bei ihrem Manne.

4. Eine ganz ausgesprochene Scarlatina bei einer jungen Nachbarin, die unlängst entbunden worden war.

5. Eine begrenzte Lymphangoitis des Vorderarmes bei einem stark heruntergekommenen Nachbar.

6. Ein Erysipel am Gesichte bei einem Individuum, das alle vorhergenannten Kranken besucht hatte.

Diese klinischen Thatsachen schienen mir interessant genug, da sie die Annahme zu Gunsten einer Identität im Ursprunge der soeben genannten Krankheiten sehr zu bestärken scheinen.

R—x.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Spätformen hereditärer Syphilis in den oberen Luftwegen.

Eine klinische Studie von **Dr. Gerber.**

(Beiträge zur klinischen Medicin und Chirurgie.)
Heft 5.

Verlag von Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien und Leipzig 1894.

An der Hand der bisher vorliegenden Literatur und der eigenen Beobachtungen weist Verfasser nach, dass es Affectionen hereditärer Syphilis in Nase, Rachen und Kehlkopf gibt, die erst lange, oft Decennien nach der Geburt auftreten, und zwar sowohl bei Individuen, die in frühester Kindheit schon Symptome von Syphilis darboten, wie bei solchen, an denen dieses nicht beobachtet werden konnte (Auffassung FOURNIER's).

Diese tardiven Affectionen befallen mit Vorliebe das Pubertätsalter und haben tertiären Charakter.

Die Diagnose wird gestützt:

I. In der Anamnese durch Aborte der Mutter, Kindersterblichkeit in der Familie und Residuen von Syphilis bei den lebenden Geschwistern.

II. Im Allgemeinstatus des Patienten selbst durch die von FOURNIER (Elements diagnostiques) zusammengestellten Merkmale.

Die Affectionen der Nase werden eingetheilt in:

1. Rhinitis hyperplastica (Coryza spec.);
2. Rhinitis atrophicans (Ozaena) und
3. Rhinitis exulcerans (Luës narium).

Schon unter dem Bilde der Rhinitis hyperplastica verlaufen in frühem Alter nekrotische Processe am Nasengerüst, auf welche Weise wohl die bei der Ozaena beobachteten Difformitäten zu denken sind.

Die sogenannte «genuine Ozaena» beruht in einem grossen Procentsatz der Fälle auf hereditärer Syphilis, sie ist im Pubertätsalter oft der einzige Ausdruck derselben.

Prädilectionssitz ist die Nasenscheidewand, an welcher der Process sowohl von innen nach aussen, vom Korpel auf die Schleimhaut, wie auch von der Schleimhaut auf Knorpel und Knochen übergreifen kann.

Die Affectionen des Rachens sind Früh- (Erythem, Plaques muceuses) und Spätformen (gummöse Infiltration, Gummiknoten) haben an der Mitte des Segels ihren Prädilectionssitz und führen häufig zur längsovalen Perforation desselben und Anheftung an die hintere Pharynxwand.

Aehnlich sind die Erkrankungen des Kehlkopfes eingetheilt; diese gelangen meist am Kehldeckel, und zwar sehr häufig in der Form papillärer, polypoider Hyperplasie zur Entwicklung.

Die Prognose ist viel ernster als bei den entsprechenden Affectionen der acquirirten Luës.

Die Therapie muss rasch und energisch einsetzen, nöthigenfalls probeweise bei noch fraglicher Diagnose. *Dr. G. N.*

Anleitung zur leichten und schnellen Erkennung der Krankheiten aus dem Urin und Puls.

Ein unentbehrliches Hilfsbuch zu jedem Handbuch zur Behandlung der Krankheiten der Menschen.

Nach besten Quellen und einer zwanzigjährigen Erfahrung zusammengestellt von **Emil Kunze.**

Zweite bedeutend vermehrte und von einem praktischen Arzte durchgesehene Auflage.

Sehr dünnes Büchlein, 30 Seiten, kostet 50 Pfennige. — Zweite Auflage! Ich möchte Diejenigen kennen, welche die erste Auflage gekauft haben, nur um sie zu fragen, ob sie jetzt alle Krankheiten wirklich leicht und schnell erkennen. Es ist gar nicht zu läugnen, ein Buch, dessen Inhalt dem oben angegebenen Titel entspräche, wäre von unschätzbarem Werth; es wäre das werthvollste Werk der gesammten medicinischen Literatur. Der Verfasser scheint nun sein Buch für ein solches zu halten — der bescheidene Untertitel «ein unentbehrliches Hilfsbuch u. s. w.», lässt es wenigstens vermuthen. Von dieser Meinung möchte ich ihn gern abbringen; ich glaube nämlich, dass das kleine Büchlein — allerbesten Falls — überflüssig ist. Die Laien können doch nichts damit anfangen, und Aerzte, die es brauchen, sollte es wohl keine geben. Wenn aber trotzdem noch eine dritte Auflage dieses «unentbehrlichen Hilfsbuches» nothwendig werden sollte, so sei der «praktische Arzt», welcher dieselbe wahrscheinlich so wie die zweite durchsehen wird, höflich aufgefordert, u. A. das Kapitel über die abnormen Erscheinungen des Harns einer sorgfältigen Prüfung zu unterwerfen. So soll z. B. Harnverhaltung nicht nur bei «Blasencatarrh, Vorsteherdrüsenerkrankungen, Blasenstein und Nervenfieber», sondern auch bei entzündlichen und narbigen Stricturen der Harnröhre vorkommen. Auch die Bemerkungen: «Fetthäutchen, vorgeschrittene Lungenschwindsucht; Eiter: Nierenbeckenentzündung, chronischen Blasenkatarrh, Nierenschwindsucht, Tripper (jedoch nicht mit dem Harn vermischt)» sind vielleicht einer Revision zu unterziehen. — Herr Emil KUNZE ist der Verfasser des Buches. Dass er einen Verleger gefunden, wird Niemanden Wunder nehmen, welcher erfährt, dass auch der Verleger Emil KUNZE heisst. Der praktische Arzt, welcher das Buch durchgesehen hat, hat in unbegreiflicher Bescheidenheit seinen Namen der Mitwelt vorenthalten. Sollte auch er Emil KUNZE heissen? *A. S.*

Zur Casuistik und Therapie der Blutgefässgeschwülste.

Aus der Klinik Hofrath **Billroth's.**
Von **Dr. Franz Hansy,**
Operateur der Klinik.
Mit 3 lithographischen Tafeln.

Verlag von Wilhelm Braumüller, k. und k. Hof- und Universitäts-Buchändler Wien und Leipzig. 1893.

Vorliegende Arbeit bildet das 3. Heft der «Beiträge zur klinischen Medicin und Chirurgie» und bildet eine ganz zeitgemässe Zusammenstellung unserer Kenntnisse über die Gefässtumoren unter gleichzeitiger Bereicherung der einschlägigen Casuistik. In einer kurzen Einleitung bringt HANSY die pathologische Anatomie und die gangbaren Theorien über die Entstehung der Blutgefässgeschwülste. Hierauf folgen 37 Krankengeschichten von Fällen, die theils in diagnostischer, theils in operativer Beziehung Interesse bieten. Im 3. Abschnitte wird das klinische Verhalten (Statistik, Standort, Multiplicität, Entstehung, Wachsthum, Erectilität, etc.) besprochen. Diagnostische Schwierigkeiten werden im nächstfolgenden Capitel hervorgehoben. Im letzten Abschnitt wird ziemlich eingehend die Therapie der Gefässgeschwülste besprochen und werden

hiebei insbesondere die Excisionsmethoden gewürdigt und manche neuere Technicismen beschrieben und empfohlen. Auf 3 Tafeln finden sich Abbildungen der interessantesten vom Verfasser berichteten Fälle. *J. S.*

Lehrbuch der Kriegschirurgie.

Von **Dr. Karl Seydel,**
k. B. Stabsarzt, Privatdozent in München
Mit 176 Abbildungen
Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1893.

Das Werk beginnt mit einer kurzen Beschreibung der modernen Kriegswaffen. Im 2. Abschnitt wird die Einwirkung der Geschosse auf den menschlichen Körper besprochen, dabei gleich die Therapie zum Theile erörtert (Blutstillung, Transfusion, Aseptik, etc.). In den weiteren Abschnitten wird Wundbehandlung, Unterbringung, Transport der Verwundeten übersichtlich besprochen. In einem speciellen Theile werden die Schussverletzungen der einzelnen Körpertheile gesondert handelt. Der Umfang des Buches hätte gewiss leicht verringert werden können, wenn Verfasser die Besprechung all' der Themen, die sich in jedem chirurgischen Lehrbuch finden (z. B. Wundinfectionskrankheiten, typische Operationen) unterlassen hätte. Diese Dinge wird wohl Niemand aus einer «Kriegschirurgie» lernen wollen. Im Uebrigen entspricht aber SEYDEL's Werk allen Anforderungen, ist fliessend geschrieben und bildet eine werthvolle Bereicherung der von der rührigen Verlagsbuchhandlung herausgegebenen «Bibliothek des Arztes». 176 gelungene Abbildungen erhöhen den Werth des Werkes.

J. S.

Zeitungsschau.

Dr. M. Michaelis: Zur Geschichte der Tabes dorsalis. (Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 49, 1893.)

Das eingehendere Studium der Nervenkrankheiten begann mit der genaueren Erkenntniss der pathologisch-anatomischen Verhältnisse, die durch die Färbemethode von GERLACH und die Härtungsmethode von LOCKHART CLARKE in den 60er Jahren eingeführt wurde.

LOCKHART CLARKE selbst, dann W. GUTT in England, VULPIAN CHARCOT, CORNIL in Frankreich und vor allem LEYDEN in Deutschland thaten für die Erforschung dieses Gebietes Ausserordentliches.

Von dem letztgenannten Autor erschien vor 30 Jahren (1863) eine Monographie über die Tabes dorsalis, in welcher er die Ansicht vertritt, dass die graue Degeneration der Hinterstränge, welche er als eine fortschreitende Atrophie der sensiblen Nervenelemente auffasst, nach der Richtung der Function d. h. centripetal fortschreitet. Er hat dabei auf die gleichartige Atrophie der hinteren Wurzeln ein entscheidendes Gewicht gelegt und die Hinterstränge als Fortsetzung derselben durch directe oder Commissurenfasern aufgefasst.

Trotz vielfachen Anfeindungen in Deutschland, wo man sich mehr der CHARCOT'schen Auffassung (dem Schema der Systemerkrankungen zuneigte, hat LEYDEN an seinen Ansichten festgehalten.

In neuerer Zeit hat Dr. REDLICH im Laboratorium des Prof. OBERSTEINER (Wien) durch Untersuchungen nachgewiesen, dass thatsächlich die hinteren Wurzeln für den Aufbau der Hinterstränge ausschlaggebend sind und die tabische Affection eine Degeneration der hinteren Wurzeln in ihrem intramedullären Verlauf darstellt.

Neuestens haben zwei bedeutende französische Autoren, PIERRE MARIE und DEJERINE ganz analoge Anschauungen über die Tabes vorgetragen. Die Frage, wovon die Degeneration der Wurzeln herzuleiten ist, beantwortet PIERRE MARIE dahin, dass als «primärer Ausgangspunkt die trophischen Centren für die sensiblen Nerven gelten müssen, entweder die Zellen der Spinalganglien oder trophische Ganglienzellen im Verlauf der peripheren Nerven.»

Die neueren Untersuchungen, die Klarlegung der Faserung der Hinterstränge, die genaue Analysie der Topographie der tabischen Degenerationen (DEJERINE) haben das, was LEYDEN schon vor 30 Jahren ausgesprochen (Verfasser citirt beweisende Stellen aus der erwähnten Monographie), als richtig erwiesen und in seinen weiteren Consequenzen ausgeführt. *B. S.*

(Aus der psychiatrischen Klinik in Charkow.)

Dr. J. J. Platonnow: Zur Frage über die allgemeine progressive Paralyse der Irren und ihre Behandlung bei den Syphilitikern. (Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie IV. Bd. 1893.)

Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Frage über die ursächliche Beziehung der Syphilis zu der progressiven Paralyse der Irren bleibt ungelöst.
2. Die kategorische Verwerfung der ursächlichen Bedeutung der Syphilis in Bezug auf die progressive Paralyse ebenso wie auch die positive Behauptung derselben sind Extreme, die keine streng thatsächliche Rechtfertigung haben. Es gibt Fälle von progressiver Paralyse nicht syphilitischen Ursprungs und umgekehrt gibt es Fälle, wo die progressive Paralyse als Folge der Syphilitis hervorgetreten ist.
3. Bei der Feststellung der nächsten und wesentlichsten Ursache der progressiven Paralyse ist es nothwendig, sich von den klinischen Beweisstücken eines jeden einzelnen Falles leiten zu lassen.
4. Hat man einmal im gegebenen Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit einen Zusammenhang der progressiven Paralyse der Irren mit der Syphilis festgestellt, so ist es besser, bei ihrer Behandlung antisyphilitische Mittel anzuwenden, als letztere zu verschmähen; und endlich:
5. Indem wir in derartigen Fällen antisyphilitische Mittel, wie Mercur und Jod verordnen, können wir auf dieselben wie auf Mittel rechnen, die den Stoffwechsel verstärken und dementsprechend das Heraustreiben des syphilitischen Giftes oder seiner Producte aus dem Organismus befördern; in Anbetracht dessen ist es nothwendig, zugleich mit diesen Mitteln noch andere Hilfsmittel anzuwenden: Warme (32°—27°) Wasser- und Dampfbäder u. dergl. bei einer guten und regelmässigen Ernährung des Kranken. *F.*

Sarwey: Ein Fall von spätgeborener Missgeburt mit congenitaler Tuberkulose. (Centralblatt für Gynäkologie Nr. 51, 1893)

Veranlassung zu der vorliegenden Arbeit giebt dem Verfasser ein von ihm in der königl. Frauenklinik zu Tübingen beobachteter Fall. Vor der Beschreibung desselben erörtert SARWEY die Frage der Entstehungsursache der Missbildungen. Es muss zugegeben werden, dass psychische Affecte eine plötzliche Aenderung der Innervations- und Circulationsverhältnisse des Genitalapparates bewirken können, die ihrerseits Veranlassung zu einer anormalen Bildung des Fötus geben kann. Doch ist eine Verbildung des Fötus ein Ding der Unmöglichkeit nach Ablauf des dritten Schwangerschaftsmonates, weil zu dieser Zeit der Embryo fertig gebildet ist. Die Mehrzahl der Missbildungen ist daher nicht durch psychischen Einfluss, sondern durch directe Störung der Embryonalentwicklung zu erklären.

Im vorliegenden Falle ereignete sich ein psychischer Affect auch erst am Ende des dritten Schwangerschaftsmonates. Die Missbildung wurde kurz nach ihrem Absterben und nach einer Schwangerschaftsdauer von 341 Tagen normal geboren. Der Frau war aufgefallen, dass ihr Leib ungefähr von der Mitte der Schwangerschaft ab nicht mehr gewachsen war. Bei der Geburt stand der Fundus uteri einen Finger breit oberhalb des Nabels. Das Monstrum, von dem 2 Abbildungen beigegeben sind, zeigte eine Hernia cerebri, Missbildungen der Schädelkapsel (Krötenkopf), doppelseitigen Wolfsrachen, Spaltung des Arcus atlantis, Fehlen des Os sacrum, Fehlen der Ohrmuscheln, verkümmerte Finger und Zehen (Robbenglieder), Pes varus, Länge 19 *cm*, Gewicht 770 *g*. Besonders wichtig erschienen pathologische Veränderungen, die mit der Missbildung als solcher nichts zu thun hatten. Bei der Herausnahme der Halsorgane fand sich nämlich in der Substanz der Körper der obersten 3 Halswirbel ein bohnengrosser, käsiger, theilweise verkalkter Abscess,

welcher bei mikroskopischer Untersuchung die charakteristische Structur tuberkulöser Abscesse darbot. Die Milz zeigte Amyloidentartung.

Der beschriebene Fall erfordert nach zwei Richtungen hin genaue Berücksichtigung. Erstens ist die Schwangerschaftsdauer, die durch Anamnese und Symptome festgestellt ist, eine aussserordentlich lange (341 Tage,) ohne dass der Fötus Zeichen eines längeren, intra-uterinen Todes an sich trägt. Zweitens ist von grossem Interesse der Befund der congenitalen Tuberkulose der Halswirbelkörper im Verein mit der amyloiden Entartung der Milz. Anamnestisch liess sich feststellen, dass der Vater schon lange Zeit an Husten und zähem Auswurf litt. Es ist anzunehmen, dass im vorliegenden Falle eine Uebertragung der Tuberkulose durch conceptionelle oder intra-uterine Infection stattgefunden hat. Der Fall bietet daher eine Stütze für die BAUMGARTEN'sche Lehre von der congenitalen Uebertragung der Tuberkelbacillen.

Prof. Bergh (Kopenhagen): **Ueber die Incubationsdauer der Syphilis.** (Monatshefte für pract. Dermatol., Nr. 12, Band 17. — Allg. Medicinische Central-Zeitung, Nr. 2, 1894.)

Die Länge der ersten Incubationsperiode, d. h. der Abstand vom Infectionsmoment bis zum Auftreten der eigenthümlichen Härte an der Infectionsstelle (Papel oder Induration) kann selbst bei den experimentellen Inoculationen ganz bedeutend variiren. Verschiedene Syphilidologen behaupten, dass die besondere Art der Ansteckungsquelle in dieser Beziehung von grosser Bedeutung wäre, dass also die Latitude der Incubation recht gross ist, je nachdem indurirte Geschwüre, syphilitisches Blut oder Schleimpapeln überimpft werden; nach ROLLET durchschnittlich 25 Tage. Selbst bei gleichzeitigen Inoculationen an demselben Körpertheile treten nicht geringe Unterschiede in der Länge der Incubationsdauer auf.

Dieselbe unstäte Länge der Incubation weisen die zufälligen Infectionen von Aerzten, Hebammen und Säugammen auf, eine ähnliche Inconstanz die Beobachtungen von der vaccinalen Infection und der Tätowirungssyphilis, einfach wegen der allzu späten Erkennung der Art der aufgetretenen Localsymptome.

In klinischen Fällen wird der Incubationslänge ein besonders weiter Spielraum gelassen, manchmal schon nach 3—5 Tagen und andererseits erst nach 9—10 Wochen erfolgt die Induration.

Ebenso verschieden lauten die Angaben über die Länge der zweiten Incubation, d. h. den Zwischenraum zwischen dem entwickelten Initialsymptom und der generellen Eruption. Nach ROLLET's Erfahrungen von den experimentellen Inoculationen soll die Infection vom indurativen Geschwür dieser Incubation eine Länge von 18—64 Tagen geben, während sie bei Ansteckung mit Blut oder secundären Producten 12—130 Tage betrug; durchschnittlich setzt er sie zu 48 Tagen an. Nach AUSPITZ beträgt die Durchschnittsdauer 64 Tage. Sehr viele Syphilidologen geben ihren klinischen Erfahrungen zufolge der zweiten Incubation eine Länge von 40—50 Tagen. ZEISSL hat in einem Falle die ersten Allgemeinsymptome erst nach 9 Monaten auftreten sehen.

Die Feststellung der Incubationslänge bei öffentlichen Dirnen gewährt trotz der zweimaligen Untersuchung in jeder Woche keine grössere Sicherheit.

EHLERS hat in neuerer Zeit angedeutet, dass es selbst vom dualistischen Standpunkt zweckmässiger wäre, nur von einer Incubation zu sprechen. Bei den experimentellen Inoculationen beträgt dann der Spielraum 27—170 Tage, also durchschnittlich 10 Wochen, eine nicht geringere Variabilität weisen die Angaben der Kliniker auf. Nach PROFETA sollte der dieser totalen Incubation zugeschriebene Spielraum sich von 3—4 Wochen bis zu 5 bis 6 Monaten erstrecken können. In dieser Beziehung bietet die Lues viele Aehnlichkeit mit der Lyssa. Bei den 254 genau beobachteten männlichen Patienten Verfasser's, wiesen die privaten Protokolle auf die grösste Häufigkeit der Eruption in der achten Woche hin. Recht häufig hat sie aber bis in die 15. Woche hinein gewartet, eine längere Incubation bis in die 29. Woche ist nur ganz vereinzelt vorgekommen. Die Fälle mit extrem kurzer und solche mit ungewöhnlich langer Incubationsdauer werden genauer mitgetheilt. Aus den Fällen geht deutlich hervor, dass die Länge oder Kürze der Incubationszeit keine Garantie für die Leichtigkeit oder Schwere der Infection bietet. Die Ursache der ungleichen Länge der Incubation bleibt ganz unbekannt, wenigstens für die allermeisten Fälle. Eine directe Aufnahme des Virus in das Gefässsystem wird wahrscheinlich eine kürzere Incubation veranlassen. Auch die speciellen Localitäten der Infection spielen hier eine Rolle, extragenital entstandene Syphilis hat immer einen schlechten Ruf von Schwere gehabt. Möglicherweise entwickelt sich die Lues bei Individuen ohne atavistisch-syphilitische Antecedentien besonders schnell, sowie besonders bösartig, ebenso tritt sie in Gegenden mit einer von Syphilis noch nicht berührten Bevölkerung ausserordentlich stark auf. Alter und Geschlecht scheinen keine wesentlichen Aenderungen im Ablauf der Infection zu bedingen, dagegen vermag dies sehr wohl eine geschwächte Constitution. Verlängernd auf die Incubationsdauer wirken Krankheiten mit hoher Temperatur, Malaria und Tuberkulose dagegen verkürzend. Was die prognostische Seite der Incubationsdauer angeht, so folgt nicht selten auf eine ungewöhnlich kurze Incubation eine sehr schwere Syphilis.

F. Müller: Beiträge zur Kenntniss der Basedow'schen Krankheit. (Centralblatt für klinische Medicin. Nr. 51, 1893.)

Verfasser gibt zunächst die Krankengeschichten von 4 Fällen der acut verlaufenden Form von BASEDOW'scher Krankheit (Dauer $3^1/_2$, 2, $1^1/_2$ Monate) und berichtet dann über einen sehr genau beobachteten Fall von mehr subakutem Verlauf, in welchem die Krankheit nach 1 Jahr zum Tode führte. In diesem, so wie in 2 der ersteren Fälle konnte MÜLLER eine genaue mikroskopische Untersuchung des Nervensystems (Rückenmark, verlängertes Mark, Hirnstamm, Vagus, Sympathicus) vornehmen. Er fand nur 1 Mal erhebliche Degeneration am Vagus und Recurrens vagi, sonst in keinem Fall irgend wie wesentliche Veränderungen am Nervensystem, abgesehen von einigen offenbar agonalen Blutungen in der Gegend der Rautengrube.

Im Anschluss an diese Beobachtungen und mit eingehender Berücksichtigung der Literatur bespricht Verfasser nun die verschiedenen Theorien über die Natur der Krankheit.

Die Sympathicustheorie ist nicht haltbar, der Nerv war in MÜLLER's sowie in den meisten früher beschriebenen Veränderungen intakt, die bisweilen beschriebenen Veränderungen finden sich auch bei ganz anderen Leiden, einige bei erwiesener Sympathicusverletzung beobachtete Zeichen fehlen bei BASEDOW'scher Krankheit, die Symptome können zudem weder durch Annahme einer Lähmung noch einer Reizung des Sympathicus alle erklärt werden.

Viel besser gestützt ist die Ansicht, dass es sich um eine bulbäre Affection handle; fast alle Symptome lassen sich durch eine derartige Erkrankung erklären, und die ziemlich häufigen Lähmungserscheinungen im Gebiet der aus Bulbus, Pons und Pedunculusregion entspringenden Nerven — auch MÜLLER's Kranke hatten solche Symptome, der eine sogar deutliche Sprach- und Schluckstörungen — stützen diese Theorie. Dagegen konnte bis jetzt noch keine sicher verwerthbare anatomische Veränderung jener Hirntheile gefunden werden, und einige konstante Symptome, wie Zittern, choreiforme Bewegungen, verschiedenartige Lähmungen, sind nicht durch eine Bulbuserkrankung zu erklären; eine Anzahl weiterer Störungen, so Aenderungen des physischen Verhaltens, Hallucinationen, deuten darauf hin, dass nicht nur ein einziger Punkt des Nervensystems, sondern dass auch das Grosshirn mit ergriffen ist. Als Folge einer allgemeinen Störung des Nervensystems ist auch der häufig beobachtete, in einem von MÜLLER's Fällen durch genaue Stoffwechseluntersuchung erwiesene Zerfall des Eiweiss- und Fettbestandes des Körpers anzusehen.

Der Grund zu all' diesen Störungen in den Funktionen des Nervensystems darf mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit in der Schilddrüsenerkrankung gesucht werden. Dass dies Organ von Einfluss auf die nervösen Organe ist, beweisen die schweren Schädigungen des Nervensystems, die nach Exstirpation oder Verödung der Drüse beobachtet werden. Für die primäre Natur der Schilddrüsenaffektion bei BASEDOW'scher Krankheit sprechen folgende Thatsachen: sie ist meist eines der ersten Krankheitssymptome;

sie beruht nicht nur auf vermehrter Blutfülle, sondern auf Wucherung des Parenchyms; oft bilden sich bei schon lang bestehender Struma später allmählich die Zeichen der BASEDOW'schen Krankheit aus. Der wichtigste Grund ist die Erfahrung, dass nach Kropfexstirpation immer häufiger bedeutende Besserung, nicht selten völlige Heilung erzielt wird. — Ueber die Schilddrüsenerkrankung scheint aber als zweiter Factor noch neuropatische Constitution, die angeboren oder erworben sein kann, zum Zustandekommen der Krankheit nöthig zu sein.

Treitel: Ueber das Schreiben mit der linken Hand und Schreibstörungen. (D. Zeit. f. Nerv. IV. Bd. 3 u. 4.)

Eine Polemik gegen SOLTMANN, der jüngst (Festschrift zu HENOCH's 70. Geburtst.) die Spiegelschrift der linken Hand als Zeichen einer kranken Seele bezeichnete.

TREITEL sucht auf Grund zahlreicher Untersuchungen, die im Original nachzulesen sind, nachzuweisen, dass die Spiegelschrift der linken Hand in den meisten Fällen auf Unaufmerksamkeit zurückzuführen ist und nicht als pathologisch angesehen werden kann. *K.*

Popow: Beitrag zur Kenntniss der Sehnervenveränderungen bei der Tabes dorsalis. (D. Zeitschr. f. Nerv. IV. Bd. 3 u. 4.)

Eine genau mikroskopische Untersuchung in einem Falle tabischer Atrophie der Sehnerven lehrte zunächst, dass der Process in der Peripherie am stärksten ausgesprochen gegen das Centrum abnimmt, was übrigens schon aus der Arbeit von LEBER hervorgeht. Neues Interesse gewährt der Befund POPOW's dadurch, dass die Degenerationen auf dem Querschnitte des Opticus in ganz bestimmter Weise vertheilt waren und zwar schienen jene Bündel erhalten zu sein, die zu den gekreuzten Sehbahnen in Beziehung stehen. Am Opticusquerschnitt sind es die am unteren inneren Rand des Nerven gelegenen Faserbündel. Jedenfalls fordert dieser auffallende Befund zu weiterer Nachforschung auf. *K.*

Reinhold: Ueber einen ungewöhnlichen Fall von myopathischer Muskelatrophie mit Betheiligung des Gesichts und bulbärer Muskelgebiete und negativen Befunde am Nervensystem. (D. Zeitschr. f. Nerv. IV. Bd. 3 u. 4.)

Enthält die genaue Beschreibung eines sehr interessanten Falles von Dystrophie mit Betheiligung der Zungen-, Kau- und Gaumenmuskulatur neben Atrophie der Gesichtsmuskeln. Die anatomische Untersuchung ergab die typischen Veränderungen der Muskeln, die für die Dystrophia musc. characteristisch sind; Medulla oblongata und Nerven normal. *K.*

Dodd: Die Beziehung zwischen Epilepsie und Ametropie (Medical news, 2. December 1893, VXIII, 23.)

DODD hat jüngst in einer Sitzung der englischen ophthalmologischen Gesellschaft über das Resultat seiner Untersuchungen berichtet, welche er über die Refraction an 100 epileptischen und vergleichsweise an 50 gesunden Personen angestellt hat. Er constatirte die interessante Thatsache, dass die einfache Hypermetropie auffallend selten bei Epileptischen vorkommt, dass hingegen Astigmatische sehr häufig unter den, an Epilepsie erkrankten, waren. Von 100 Epileptikern wurden 75 aufgefordert Brillen zu tragen, 23 von diesen befolgten den Rath nicht, oder kamen dem Verfasser aus den Augen. Von den 52 so übrig bleibenden bemerkten 13, nachdem sie eine Zeit lang corrigirende Brillen getragen hatten, dass die Anfälle sich nicht mehr einstellten. Bei dreien trat keinerlei Aenderung ein, während die restlichen 36 eine mehr weniger nachhaltige Besserung ihres Leidens beobachteten. Bei allen Kranken wurde die gewöhnliche Behandlung fortgesetzt.

Verfasser kommt zu dem Schlusse, dass, vorausgesetzt ein gewisses labiles Gleichgewicht im Nervensystem, Fehler der Refraction epileptische Anfälle hervorrufen können. Die Correction dieser Refractionsfehler durch Brillen hat in Verbindung mit entsprechender Allgemeinbehandlung in vielen Fällen die Heilung, oder wenigstens die Besserung der Epilepsie zu Folge. *P.*

Herbert-Spencer: Ovariotomie bei einer 82 jährigen Frau. (Mitgetheilt nach dem Bullet. médic. Nr. 99. 1893.)

HERBERT-SPENCER theilt im British medical Journal (9. December) einen Fall einer Frau mit, bei der im Alter von 82 Jahren und 3 Monaten die Ovariotomie mit Erfolg vorgenommen wurde.

Sie war mit Klagen über Schmerzen im Unterleibe in das Spital aufgenommen worden. Im Abdomen fand sich eine Ovarialcyste von beträchtlicher Grösse, welche Tendenz zu weiterem Wachsthum zeigte. Die Kranke erklärte sich zur Operation bereit.

HERBERT-SPENCER entfernte eine vom linken Ovarium ausgegangene multilovuläre Cyste, welche bräunlich-flüssigen Inhalt, reich an Blutfarbstoff und Cholestearin, umschloss. Das rechte, gesunde Ovarium wurde nicht mitentfernt. Adhäsionen waren nicht vorhanden, die Operation war in siebzehn Minuten vollendet.

Der weitere Verlauf war ein durchaus normaler, heute ist die Patientin vollständig geheilt.

Mit Ausnahme eines von HOMANS veröffentlichten Falles (Boston med. and Surg. Journal 1888) ist diese Kranke die älteste Frau, bei der die Ovariotomie bisher überhaupt vorgenommen wurde. Die von SCHRÖDER und OWENS operirten Kranken waren beide 80 Jahre alt, die von EDIS 81 Jahre, die von HOMANS 82 Jahre und 4 Monate. Alle Operirten wurden geheilt.

Diese Thatsachen beweisen, dass man nicht zu zögern braucht, bei alten Personen schmerzhafte Ovarialcysten zu entfernen. Die Operation soll rasch gemacht werden, wenn man die Chockwirkung der Operation sicher umgehen will. *W. Sch.*

Jensen: Chronische Entzündung des Nasenrachenraumes, ein ätiologisches Moment für Störungen der Verdauungs- und Excretionsorgane. (Journ. of Americ. Med. Assoc. Nr. 21, 1893.)

Entzündliche chronische Hypertrophie der Nasenschleimhaut insbesondere der mittleren und unteren Muschel findet sich nach JENSEN in der Umgebung der grossen amerikanischen Seen mit ihrem feuchten Klima als ein häufiges Uebel bei Kindern.

Der producirte Schleim wird verschluckt und erzeugt in Folge seines Reichthumes an Bacterien und Fermenten im Verdauungstracte Gährungen, welche geeignet sind, den normalen Ablauf der Verdauung zu stören, später auch zu andauernden Reizzuständen der betroffenen Schleimhaut führen.

Durch Behinderung der Respiration und damit der Sauerstoffzufuhr, verschulden diese Schwellungen der Nasenschleimhaut mangelhafte Oxydation der Nahrungsmittel und Abfallsstoffe des Organismus, woraus sich weitere Schädigung der Ernährung mit schliesslicher Anämie ergibt.

Reflectorisch sind sie wohl geeignet, Neuralgien und sonstige nervöse Störungen mancherlei Art herbeizuführen.

Mangelhafte Oxydation intermediärer Stoffwechselproducte begünstigt das Auftreten von Autointoxicationserscheinungen, Rheumatismus und andere Infectionskrankheiten finden hier einen günstigen Boden für ihre Entwicklung.

Abnorme Gährungen im Darme haben übermässige Gasentwicklung und chronische Obstipation im Gefolge, ungenügende Oxydation der Stickstoffnahrung eine Ansammlung von Harnsäure; Die Kohlehydrate werden blos zu Oxalsäure statt zu Kohlensäure verbrannt. Aus diesen beiden letzten Punkten ergibt sich demnach eine Entstehungsquelle für die so häufigen Harnsäure- und Oxalconcremente der Niere, die ihrerseits durch Reizung der Blasenschleimhaut mit nachfolgender Entzündung sich mit einem Mantel von Phosphaten zu umgeben geneigt sind. *W. Sch.*

Mussy: Ueber die Herzsymphyse bei Kindern. (Médecine moderne Nr. 103.)

Während man ursprünglich die in Rede stehende Affection für congenital oder doch für eine nur im ersten Kindesalter auftretende Krankheit hielt, mehrten sich die Fälle, in denen die Symptome u. z. immer nach einer tuberkulösen oder rheumatischen Pericarditis jenseits des achten Lebensjahres auftraten.

Es handelt sich dabei immer um eine Concretio cordis cum pericardio; die von KUSSMAUL zuerst beschriebene Pericardio-

mediastinitis callosa scheint ausschliesslich Erwachsene zu betreffen.

Ausser den vielen Symptomen, die gelegentlich bei der Erkrankung angetroffen werden: concentrische Hypertrophie, pericardiales Reiben, Verdopplung des 2. Tones an der Herzbasis, Pulsus paradoxus sind zwei von grosser Wichtigkeit, wenn auch nicht jedes für sich allein als charakteristisch zu nennen; diese beiden sind: die Unveränderlichkeit in der Lage des Spitzenstosses bei Lageveränderung und die systolische sternocostale Einziehung. Sehr verschieden sind die Folgen für das betroffene Individuum.

Die Krankheit kann ohne subjective Symptome bleiben, ein anderesmal sich mit Herzklopfen bei Anstrengung beschränken, in wieder anderen Fällen eine schwere Herzinsufficienz produciren.

Die Prognose wird höchstwahrscheinlich durch das Verhalten des Myocards bestimmt.

Demnach richtet sich auch die Therapie, welche körperliche Uebung ohne Ermüdung behufs Kräftigung des Herzmuskels vorschreibt.

Digitalis, Strophantus, Coffein sind die am häufigsten aus dem Medicamentenschatz herangezogenen Mittel. *Rie*

Dr. A. Lawford Knapps: Reflex-Amblyopie während der Schwangerschaft. (British Medical Journal, December 1893.)

Autor berichtet über einen Fall betreffend eine Frau von vierzig Jahren, die er während einer früheren Schwangerschaft, vor acht Jahren, beobachtet hatte, dass die Sehkraft auf ihrem linken Auge abgenommen habe, jedoch erst einen Monat nach ihrer Entbindung die Entdeckung machte, dass ihr linkes Auge erblindet sei. Seit jener Zeit hatte sie vier Kinder, ohne dass sich bei ihr irgend welche Gesichtsstörungen geltend gemacht haben würden. Das linke Auge zeigte eine vollständige Divergenz und bot eine grau-blaue Atrophie im Augenhintergrunde dar; das Kaliber der Arterien daselbst betrug die Hälfte der diesbezüglichen Venen, die von normalem Kaliber waren. Auf dem rechten Auge betrug die Sehkraft $^6/_{10}$. Die Patientin suchte den Autor wegen Augengläser auf, da sie «Hyperopie 3 D» darbot.

Der Befund am Augenhintergrunde auf der rechten Seite war ein normaler. Die Patientin befand sich damals im vierten Schwangerschaftsmonat. Sechs Wochen später sank die Sehkraft auf $^6/_{35}$, und das Gesichtsfeld war beträchtlich eingeengter als de norma. Die Sehkraft nahm immer mehr ab, das Gesichtsfeld wurde immer enger und das Farbensehn hörte gänzlich auf. Der Augenspiegel zeigte den Opticus blass, aber es war zweifelhaft, ab irgend welche Veränderungen in seinem Aussehen platzgegriffen hatten, die künstliche Frühgeburt wurde am Ende einer $6^1/_2$ monatlichen Schwangerschaft eingeleitet. Innerhalb von 2 Wochen hatte die Sehkraft sich zu bessern begonnen und das Gesichtsfeld an Umfang zuzunehmen, mit Ausnahme des rechten unteren Quadranten, dessen Function fast vollständig noch versagte. Nach sechs Monaten erreichte die Sehkraft $^6/_6$, und das Farbensehen kehrte vollständig wieder.

Ueber einen ähnlichen Fall berichte Dr. Valude.

Dr. Knapps bemerkt in seiner Mittheilung dass wenn 1) die Sehschwäche rapid abnimmt; 2) eine concentrische Einengung des Gesichtsfeldes vorhanden ist, und diese immer zunimmt; 3) die Perception der Farben beeinträchtigt ist, und 4) keine Erkrankung im Augenhintergrunde mittelst des Augenspiegels zu entdecken ist — die Prognose — was die Sehkraft betrifft — eine sehr ernste sei. Die Zeit für eine expectative Behandlung ist in einem solchen Falle vorüber, und man muss, ohne zu warten, einen Abortus oder eine künstliche Frühgeburt einleiten. Wenn man zuwartet, so läuft man grosse Gefahr, eine dauernde Blindheit eintreten zu sehen; in solchen Fällen, wenn die Amblyopie nicht zu weit vorgeschritten ist, bedeutet ein Eingriff, sich die Genesung der Patientin sichern. *L. L*

Dr. Pontoppidan: Differentialdiagnose der Hysterie. (Hospitalstidende, 1893, p. 744.)

Es kann unter Umständen sehr schwierig sein, eine correcte Differentialdiagnose zwischen Hysterie und den Nervensymptomen, die durch materielle Veränderungen im Nervensysteme verursacht werden, zu stellen. Es werden in dieser Arbeit mehrere diesbezügliche Fälle mitgetheilt und unter diesen nimmt ein Fall ein specielles Interesse für sich in Anspruch, nämlich der Fall betreffend eine junge Dame, die an Kopfschmerzen, an Schmerzen in der Sacralgegend, die nach den Extremitäten ausstrahlten, ferner an tonischen und klonischen Krämpfen litt, wobei die Arme stundenlang in Contractur verharrten. Es wurde die Diagnose einer Cerebro-Spinal-Meningitis gestellt, aber nach einigen Tagen liess das Fieber nach, und der Fall stellte sich als ein Fall von Hysterie heraus. In einem anderen der mitgetheilten Fälle complicirte die Hysterie eine Cerebro-Spinal-Meningitis, und die Symptome der Hysterie hielten noch nach der Genesung von der Infectionskrankheit an. *B. Z.*

Jacontini: Von einer seltenen Aufeinanderfolge infectiöser Processe. (Giorn. Internaz. de Scienze Mediche Nr. 8, 1893.)

Jacontini theilt in vorliegender Arbeit die klinische Geschichte eines Krankheitsfalles, einen 10jährigen Knaben betreffend, mit, der nach einander von Scharlach, Masern (letztere Krankheitsform bedrohte ernstlich das Leben des Patienten und liess, wegen auftretender Complicationen von Seiten des Verdauungscanals, an eine «typhoïde Phase des proteusartigen Krankheitsprocesses» denken) und nachher von Blattern und epidemischer Miliaria befallen wurde. Der Verfasser lässt die Auseinandersetzung des Falles von einigen klinischen Betrachtungen über die Associationen der verschiedenen Infectionskrankheiten (eine Thatsache, die bereits vielfach bekannt ist, und zu deren Kenntniss er selbst, wenn auch von einem anderen Gesichtspunkte, beigetragen hat), sowie über die vorgenommene Untersuchung des Blutes und der Pusteln folgen, die jedoch ein negatives Resultat ergeben hat. *A. D.*

Calderone: Ueber die Wirkung einiger Arzneisubstanzen auf Helminthen. (Archivio di Farm. e Terapia Septemberheft 1893.)

Calderone hat interessante Untersuchungen über die Wirkung einiger Arzneimittel auf Ascariden und Oxyuren angestellt. Was das Santonin anlangt, so konnten bei den Versuchen des Verfassers, selbst bei subkutaner Injection des Salzes, die Ascariden nicht getödtet werden. Dagegen gingen diese Parasiten bei Einwirkung von Schwefelwasserstoff, Aether, Chloroform, Thymol innerhalb weniger Minuten zu Grunde. Auf Grund seiner Ergebnisse empfiehlt Calderone in erster Linie das Thymol als das beste Antihelminthicum.

Es genügt die Verabreichung von 0·50—2·00 Thymol innerhalb 24 Stunden, zum Tödten der genannten Eingeweidewürmer; zweckmässig kann man dem Thymol noch ein Abführmittel (Ricinusöl, Calomel) beifügen. *A. D.*

Ferreri: Laryngeale Neurosen nach einigen gynäkologischen Operationen. (Arch. Ital. di Otologia Heft II. 1893.)

Nachdem der Verfasser auf die physiologischen Beziehungen hingewiesen, die zwischen den Genitalien und der Kehlkopffunction insbesondere beim Weibe bestehen — Beziehungen, die zu gewissen Epochen noch deutlicher hervortreten, wie z. B. während der Pubertät und der Menses und die sich durch sensible und motorische Alterationen bekunden können (Aphonie, Spasmus, Singultus) — schildert er die Geschichte einer Patientin, die seit vier oder fünf Monaten an Husten, Singultus und Zwerchfellkrampf litt, Beschwerden, die nach Incision einer an der Hinterfläche des Uterus befindlichen Cyste verschwanden. Vier Monate nach der Operation verlor die Patientin augenblicklich die Stimme, um sie nach unregelmässigen Zeitabschnitten von zwei, fünf, oder zehn Tagen wieder zuerlangen. Nachdem Patientin durch endolaryngeale Anwendung der Elektricität von ihrer Aphonie geheilt war, begann sie an heftigem Singultus zu leiden, gegen welchen auch die Elektrotherapie ohnmächtig blieb. Bezüglich der Natur und der Ursache solcher Störungen möchte Verfasser dieselben in den zwischen dem grossen Sympathicus

und dem Vagus bestehenden anatomischen Beziehungen sowie in den durch einzelne gynäkologische Operationen veranlassten Veränderungen dieser Beziehungen aufgesucht haben. *A. D.*

H. Snow (London): **Umwandlung gutartiger Geschwülste in bösartige** (Centralblatt für Chirurgie. Nr. 50. 1893.)

Verfasser wünscht durch die Mittheilung einer Anzahl einschlägiger Fälle die Thatsache, dass es keine absolut sichere Abgrenzung zwischen gut- und bösartigen Geschwülsten gibt, der Vergessenheit zu entreissen. Seine Beobachtungen erstrecken sich auf ein grosses Material, allerdings dürften seine Schlussfolgerungen bei den deutschen Pathologen nicht in allen Punkten Zustimmung finden. Verfasser theilt die gutartigen Geschwülste je nach ihrer Neigung, bösartigen Charakter anzunehmen, in 3 Gruppen ein. 1. Solche, welche sehr selten bösartig werden, wie die Lipome, Osteome, Atherome. 2. Solche, bei denen diese Umwandlung ziemlich häufig vorkommt. Zu diesen gehören die Uterusmyome und die Chondrome, und zwar besonders die vom Schultergelenk ausgehenden. 3. Solche, die, wenn nicht frühzeitig entfernt, immer bösartig werden. Die einzigen Geschwülste, welche hierher gehören, sind die der weiblichen Brustdrüse während der Zeit der Devolution (deren Eintreten Verfasser für das 38. Jahr annimmt). Von diesen werden die Cysten auf dreierlei Weise bösartig. Entweder sie wirken als Fremdkörper reizend und erzeugen dadurch im benachbarten Drüsengewebe Carcinom, oder das Carcinom geht von intracystischen Wucherungen aus, oder schliesslich Wucherungen aus fibrösem Gewebe in mehr oder weniger embryonalem Zustande entstehen in ähnlicher Weise in der Cyste und gehen in Spindelzellensarkom über. Von den Adeno- oder Cystofibromen bildet jede einzelne kleine Cyste ein Carcinom im Kleinen, das nur durch die umgebenden dicken Wälle von fibrösem Gewebe am raschen Wachsthum gehindert wird. So wie es diese durchbrochen hat, was früher oder später mit Sicherheit stattfindet, wuchert es rapid unter reichlicher Metastasenbildung weiter. Die Fibrome der jüngeren Jahre bilden fast nie Cysten und gehen nie in Carcinom über.

Dr. Janson: Toxicität des Urins bei Uraemie und bei Tetanus.

Dr. Janson berichtete in der «Schwedischen Medicinischen Gesellschaft», in Stockholm, über folgenden Fall: Ein Arbeiter in Holz, 27 Jahre alt, hatte während neun Jahren an ausgesprochenen gastrischen Störungen, verbunden mit Pyrosis und den deutlichen Zeichen einer Magendilatation gelitten. Nachdem er während einer langen Zeit in Behandlung gestanden hatte, zeigte die Untersuchung des Magensaftes, der aus einem leeren Magen herausbefördert wurde, bei der mikroskopischen Untersuchung Massen von sarcinae ventriculi und Fettkügelchen, und bei der chemischen Untersuchung die Abwesenheit von Salzsäure und die Gegenwart von Milchsäure. Die Untersuchung einer zweiten Quantität Magensaftes der vier Stunden nach dem Frühstück herausbefördert wurde, zeigte die deutliche Reaction der Salz- und Milchsäure. So oft die dyspeptisch-catarrhalischen Zustände sich steigerten, traten charakteristische Anfälle von Tetanus auf, die wieder in demselben Masse schwanden, als sich die Magensymptome besserten um nur wieder gleichzeitig mit der Exacerbation der letzteren wieder zu erscheinen. Der Anfall war von reichlichem Erbrechen begleitet. Eine intravenöse Injection mit dem Urin, der einen Tag nach dem Anfalle gelassen wurde, wurde an einem Kaninchen, das 2180 *gr* wog, vorgenommen. Nachdem 15 *gr* Urin injicirt worden waren, traten spasmodische Zuckungen in den Muskeln auf, und nach einer Injection von 30 *gr* Urin — i. e. ungefähr 13 *gr* per Kilogramm — unterlag das Thier unter ziemlich heftigen klonischen Krämpfen. Als der Patient frei von Krämpfen war, brachte eine Injection seines Urins im Verhältnisse von 10 *gr* per Kilogramm des Gewichtes des Thieres keine Krämpfe mehr hervor. *B. Z.*

Tagesnachrichten und Notizen.

Aerztliches Vereinsleben in Wien. Es hat sich in der k. k. Gesellschaft der Aerzte, besonders in letzter Zeit, namentlich bei der Diskussion über die Vorträge Hofr. Billroth's «Ueber Aneurysmen» und Hofr. Nothnagel's «Ueber Gefässschmerzen» der Uebelstand bemerkbar gemacht, dass einzelne Redner sehr weitschweifend werden, dass ferner einzelne Demonstrationen, welche ganz gut in einigen Minuten erledigt werden könnten, auf eine zu lange Zeit ausgedehnt werden, wodurch natürlich einerseits angekündigte Vorträge auf lange Zeit hinausgeschoben werden müssen, andererseits oft infolge der vorgeschrittenen Zeit bedeutend abgekürzt werden müssen. Hofrath Dittel unterzog sich infolge dessen der dankenswerthen Aufgabe, der k. k. Gesellschaft den § 7 der Geschäftsordnung ins Gedächtnis zurückzurufen, wornach Demonstrationen und Bemerkungen nicht länger als eine Viertelstunde in Anspruch nehmen sollen. — In der am 12. d. M., unter dem Vorsitze Prof. M. Gruber's abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte demonstrirte Prof. Bergmeister zwei Fälle, bei denen er ein neues Verfahren, und zwar subconjunctivale Sublimatinjectionen mit Erfolg angewendet hatte. Prof. Lorenz hielt hierauf seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die pathologische Anatomie der angeborenen Hüftverrenkung», welcher Anlass zu einer interessanten Diskussion bot, an der sich die Herren Prof. Paltauf und Prof. Weinlechner betheiligten. Der von Doc. Dr. Zeissl angekündigte Vortrag konnte wegen der vorgerückten Zeit nicht mehr abgehalten werden Der ausführliche Bericht erscheint in der nächsten Nummer. — Der Bericht über die am 10. d. M. unter dem Vorsitze Dr. Jos. Breuer abgehaltenen Sitzung des Wiener medicinischen Clubs findet sich in dieser Nummer. — Das Wiener medicinische Doctorencollegium, welche durch einige Wochen seine Sitzungen wegen Ueberbürdung der praktischen Aerzte sistiren musste, nimmt dieselben am 15. d. M. wieder mit einem Vortrage Prof. Gersuny's «Ueber Darmchirurgie» auf.

* **Universitäts- und Personal-Nachrichten.**

— Budapest. Die DDr. Karl Schaffer und Fr. Korányi haben sich als Privatdocenten habilitirt.

— Graz. Dem Professor der Physiologie in Graz Dr. Alex. Rollet, wurde der Titel eines Hofrathes verliehen.

— Prag. Der Privatdocent Dr. J. Deyl wurde zum ausserordentlichen Professor der Augenheilkunde an der böhmischen Universität in Prag ernannt.

— Krakau. Dr. F. Sroczynski hat sich als Privatdocent für Augenheilkunde habilitirt.

— Berlin. Den Privatdocenten an der Universität in Berlin: O. Lassar, E. Remak, J. Veit, Winter und P. Güterbock wurde das Prädicat Professor verliehen.

— Marburg. Die Leitung der durch Prof. Cramer's Tod erledigten Universitäts-Irren-Klinik ist Prof Tuczek übertragen worden.

— Halle. Zum Nachfolger Kaltenbach's ist Professor Fehling (z. Z. Basel) ernannt worden.

— Freiburg i. Br. Dr. H. Ströbe hat sich als Docent für pathologische Anatomie habilitirt.

— Lyon. Dr. Pollosson ist zum Professor der Chirurgie ernannt worden.

— Liège. Dr. X. Francotte, a. o. Professor der allg. Pathologie, wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

— Groningen. Dr. Reddingius wurde zum Professor der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie ernannt.

— Oxford. Dr. Arthur Thomson wurde zum Professor der Anatomie ernannt.

— St. Petersburg. Die ausserordentlichen Professoren an der Militärmedicinischen Akademie Dr. Tarnowsky und Dr. Nassilow sind in den Ruhestand getreten. Der a. o. Prof. Dr. Pasternatzky an derselben Akademie ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Buffalo. Dr. W. H. Bergtold ist an Stelle des in den Ruhestand getretenen S. Y. Howell zum Professor der Pathologischen Anatomie am Medical Departement der University of Buffalo ernannt. Dr. J. B. Andrews, Professor der Psychiatrie, ist in den Ruhestand getreten. Dr. A. W. Hurd zum Lector der Psychiatrie ernannt.

— Chicago. Dr. J. B. Murphy ist zum Professor der Chirurgie am hiesigen College of Physicians and Surgeons ernannt worden.

* Wien. Sonntag, den 7. d. M., um 12 Uhr Mittags, wurden unter den rechtsseitigen Arcaden des grossen Hofes der Wiener Universität die Denkmäler E. Brücke's und Karl Braun von Fernwald's enthüllt. Beide Denkmäler sind Hautreliefs, Braun's Denkmal ist aus Marmor als Kopfporträt von Theodor Charlemont. Brücke als Büste in Bronce von Professor Otto König ausgeführt.

* Budapest. Das Executivcomité des bekanntlich heuer hier stattfindenden VIII. intern. hygien. und demogr. Congresses hat bereits Zeit und Eintheilung des Congresses festgesetzt. Am 1. September Begrüssungsabend; die Eröffnung des Congresses am 2. September; am 3., 4., 5., 7. und 8. September Sectionssitzungen; am 9. September Schlusssitzung. Der 8. September wird als Ruhetag vorbehalten für die verschiedenen eintägigen Ausflüge. Den wichtigsten und interessantesten Punkt des Programmes, wird die am 4. Congresstage zu verhandelnde «Diphtheritisfrage» bilden, für welche das Executivcomité die weitesten internationalen Vorbereitungen getroffen hat, nämlich, dass jedes Land durch ein besonderes Diphtheritis-Comité diese Frage gründlich studiren liess, deren Vorschläge von den am Congresse vereinten bacteriologischen, prophylactischen und pädiatrischen Sectionen zur Verhandlung gelangen werden. Das Präsidium der in den einzelnen Ländern zusammengesetzten Diphtheritis-Comités haben folgende Gelehrte angenommen: In Ungarn Dr. Korn. Chyzer in Budapest; für England Dr. Edw. Seaton in London; in Oesterreich Prof. Herm. Widerhofer in Wien; für Bayern Dr. Heinr. Ranke in München; für Belgien Dr. Ed. Tordens in Brüssel: für Frankreich Dr. Roux in Paris; in Deutschland Prof. Fr. Löffler in Greifswald; für Italien L. Pagliani in Rom; in Schweden Prof. E. Alonguist in Stockholm; für die Vereinigten Staaten Amerika's Dr. John Billings in New-York. Der am Schluss des Congresses stattfindende Ausflug nach Constantinopel, wird sich um so interessanter gestalten, als die Mitglieder auch Belgrad berühren werden, wohin der Congress besonders eingeladen wurde. — Der in Wien abzuhaltende Samaritaner-Congress hat sich bereit erklärt, sich als Section des Budapester Congresses zu constituiren und seine Sitzungen in Budapest abzuhalten. — Um die Uebernahme des Präsidiums des Damencomité's, welches für den Empfang und die Zerstreuung der mit den Congressmitgliedern anlangenden Damen zu sorgen haben wird, wurde Frau Polyxeva Pulszky ersucht. — Für die Secretäre und Schriftführer des Congresses wird ein besonderer französischer Conversationscurs errichtet. — Der Antrag des Prof. Dr. Cornet, wornach die Frage der Tuberkulose an einem Tage in einer Plenarversammlung verhandelt werde, wurde angenommen. — Ebenso wurde ein gleichartiger Antrag des Prof. Osterty bezüglich der Verhandlung der Milch- und Fleischfrage acceptirt. — Der Antrag Prof. Béla Földes Namens der ersten demographischen Section, dass die historische, beziehungsweise Bevölkerungsstatistik Budapest's in den letzten 100—200 Jahren abgefasst werde, wurde im Principe angenommen. — Die Verfügung des Directionspräsidenten Ludvigh, dass sämmtliche 400 Eisenbahnärzte, an dem Congresse theilnehmen sollen, wurde zur Kenntniss genommen. — Die Jahressitzung des «Orvosi kör» (Aerztlicher Club) hat am 30. v. M. stattgefunden. Im Secretariatsbericht, sowie in der Eröffnungsansprache des Präsidenten Prof. Jul. Böke wurden besonders hervorgehoben: die ärztlichen Kammern und die freie Aerztewahl, welche vom ärztlichen Club emsig propagirt wurden. Der vor 13 Jahren vom «Club» gegründete ärztliche Hilfsverein vertheilt jährlich 2000 fl. an verarmte Aerzte und deren Witwen. Zum Ehrenmitglied wurde der Sectionsrath Dr. Korn. Chyzer gewählt. — Dr. G. Dirner beabsichtigt in Budapest einen Hebammenverein zu gründen, zu welchem Prof. W. Tauffer das Protectorat und Gräfin med. Dr. Wilhelmine Hugonnay das Präsidium zu übernehmen, bereits gewonnen wurden.

* Fünfkirchen. Der Komitatsphysicus und Sanitätsrath Dr. Leopold Löwy feierte sein 50jähriges Jubiläum als praktischer Arzt.

* Der I. Kongress der französischen Neurologen und Irrenärzte, findet vom 6.—11. August d. J. in Clermont-Ferrand statt. Tagesordnung: Beziehungen zwischen Hysterie und Irresein; periphere Neuritis: Fürsorge und Gesetzgebung für Alkoholisten.

* London. Sir Andrew Clark soll ein Vermögen von etwa 200.000 Pfund Sterling hinterlassen haben. Für das London Hospital Medical College setzte er 500 Pfund aus.

* Paris. Die ehemaligen Assistenten Charcot's haben sich zu einem Comité für Errichtung eines Charcot-Denkmals constituirt. Der Verwaltungsrath des Seine-Departements hat 500 Frcs., der Gemeinderath von Paris 1000 Frcs. für das projectirte Denkmal angewiesen.

* (Todesfall). Der geniale Physiker der Universität Bonn, der experimentelle Begründer der Lehre von der Identität von Elektricität und Licht, Prof. Dr. Heinrich Hertz ist nach längerem Leiden im jugendlichen Alter von 37 Jahren gestorben.

Aerztliche Stellen.

Arztesstelle in Franzen, Bezirk Zwettl (Niederösterreich), mit 1300 Einwohnern, freie Wohnung und Subvention. Bewerber haben sich an das Gemeindeamt Franzen um weitere Auskünfte zu wenden.

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgruppe Grafenwörth-Seebarn, mit dem Sitze in Grafenwörth (Niederösterreich) Fixe Bezüge: 200 fl. Subvention vom n.-ö. Landesausschusse, 100 fl. Quartiergeld von der Gemeinde Grafenwörth, 30 fl. für die Ausübung der Todtenbeschau in Grafenwörth, 20 fl. für die Ausübung der Todtenbeschau in Seebarn. Bewerber haben ihre ordnungsmässig belegten Gesuche an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Tulln oder an die Gemeinde Grafenwörth zu richten. Nähere Auskünfte können bei der k. k. Bezirkshauptmannschaft Tulln erhalten werden.

Districtsarztesstelle in Kirchschlag (Böhmen), mit einem Jahresgehalte von 400 fl. und einem Reisepauschale von 80 fl. Der District umfasst 3 Gemeinden mit 3016 deutschen Einwohnern. Die mit den im § 5 des Gesetzes vom 23. Februar 1888, L.-G.-Bl. Nr. 6, angeführten Nachweisen belegten Gesuche sind bis 15. Jänner 1894 beim Bezirksausschusse in Krumau einzubringen. Die Besetzung dieser Stelle erfolgt auf ein Jahr provisorisch.

Districtsarztesstelle in Unter-Hbyt (Böhmen) mit 11 Gemeinden und 8 zugetheilten Ortschaften mit 5407 Einwohnern und einem Flächenraume von 93 Qu.-Kilom. Jahresgehalt 400 fl, Reisepauschal 186 fl., freies Quartier, Berechtigung zur Führung einer Hausapotheke, Aussicht auf die Zuweisung der ärztlichen Behandlung des Forstpersonales und der ständigen Waldarbeiter. Bewerber haben ihre mit dem Nachweise des erlangten Doctorgrades, des Alters, der bisherigen Verwendung, der Zuständigkeit und des Wohlverhaltens bis längstens Ende Jänner d. J. beim Bezirksausschusse in Příbram einzubringen.

Stadtarztesstelle in Skalat (Galizien). Gehalt 200 fl. Bewerber, welche Doctoren der gesammten Heilkunde sein sollen, haben ihre Gesuche bis 15. Jänner an das Bürgermeisteramt in Skalat zu richten.

Gemeindearztesstelle in dem Städtchen Kańczuga, Łańcuter Bezirkes (Galizien). Jährlicher Gehalt 300 fl. und freie Wohnung. Gesuche sind an das Bürgermeisteramt in Kańczuga zu richten.

Districtsarztesstelle in Szczurowice, Brodyer Bezirk (Galizien), mit 22 Ortschaften, 22 300 Einw. und 390 Qu.-Kilom. Flächenausmass; 500 fl. Gehalt, 400 fl. Reisepauschale. Gesuche sind bis Ende Jänner 1894 an den Bezirksausschuss in Brody zu richten.

Prosectorstelle beim allgemeinen Krankenhause in Lemberg (Galizien). 1200 fl. Gehalt; 3 Quinquennalzulagen je 200 fl. Gesuche sind bis 15. Jänner 1894 an die Direction des allgemeinen Krankenhauses in Lemberg zu richten.

Verantwortlicher Redakteur: *Dr. Arthur Schnitzler.*

Pränumerations-Einladung.

Mit I. Jänner 1894 begann ein neues Abonnement auf die

Internationale

KLINISCHE RUNDSCHAU

(jeden Sonntag 2 bis 3 Bogen)

und

KLINISCHE ZEIT- u. STREITFRAGEN

(jährlich 10 bis 12 Hefte zu 2 bis 3 Bogen).

Pränumerations-Bedingnisse:

Für Oesterreich-Ungarn: Ganzjährig fl. 10, halbjährig fl. 5, vierteljährig fl. 2.50. — Für das Deutsche Reich: Ganzjährig Mark 20, halbjährig Mark 10, vierteljährig Mark 5. — Für die übrigen Staaten: Ganzjährig Frcs. 25, halbjährig Frcs. 12.50, vierteljährig Frcs. 6.25.

Abonnements sind zu adressiren an die Administration der «Internationalen Klinischen Rundschau», **Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.** Ausserdem nehmen alle Postämter und Buchhandlungen Bestellungen auf die «Internationale Klinische Rundschau» sowie auf die «Klinischen Zeit- und Streitfragen» entgegen.

Vom I. Jänner 1893 ab erhalten unsere Abonnenten die monatlich einmal erscheinenden „Therapeutischen Blätter" gratis zugesandt.

Jene Herren, deren Pränumeration mit Ende December erloschen ist, werden ersucht, dieselbe möglichst bald zu erneuern, damit die Zusendung keine Unterbrechung erleidet.

Die Administration der „Internationalen Klinischen Rundschau"

Wien, I., Lichtenfelsgasse 9.

ANZEIGEN.

Druck und Verlag, Administration und Expedition: *M. Engel & Söhne*, Wien, I. Bez., Lichtenfelsgasse 9.
Debit *Alfred Hölder*, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler, Wien, I., Rothenthurmstrasse 15. — Für Inserate: Wien, I. Bez. Lichtenfelsgasse 9